

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE ^{N°} 357

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jean DESOUBRY

Interne des Hôpitaux de Paris
Né à Charenton (Seine), le 9 novembre 1895

LES

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

DANS LE TRAITEMENT DU

PLACENTA PRÆVIA

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean DESOUBRY

Interne des Hôpitaux de Paris
Né à Charenton (Seine), le 9 novembre 1895

LES

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

DANS LE TRAITEMENT DU

PLACENTA PRÆVIA

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

43, RUE RACINE, 43

1925

LE DOYEN... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

MM

anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHEL
Physique médicale.....	André BROCA
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD
Médecine légale.....	BALTEAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophthalmologique.....	LEGUEU.
Clinique urologique.....	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale
LEGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
UBERTIN.....	Pathologie médicale.
ASSET.....	Pathologie chirurgicale.
AUDOUIN.....	Pathologie médicale.
INET.....	Physiologie.
LANCHETIÈRE	Chimie biologique.
RANCA.....	Histologie.
RULÉ.....	Pathologie médicale.
USQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
ADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
HAMPY.....	Histologie.
HIRAY.....	Pathologie médicale.
LERC.....	Pathologie médicale.
EBRÉ.....	Hygiène.
de JONG.....	Anatomie pathologique.
UVOIR.....	Médecine légale.
CALLE.....	Obstétrique.
IESSINGER...	Pathologie médicale.
OIX.....	Pathologie médicale.
ARNIER.....	Pathologie expériment ¹⁰ .
ARVIER.....	Pathologie médicale.
EITZ-BOYER..	Urologie.
VELACQUE..	Anatomie.
OYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL..	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT...	Bactériologie.
RIBIERRE....	Pathologie médicale.
RICHET Fils..	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

UCEROT....	Pathologie médicale.
ENIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERER....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE.	Clinique chirurgicale fantile.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infan- tile.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LÉRI	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Cliniq. ophthalmologique.
LÉPER	Clinique médicale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique et l'adulte pour les accidentés du travail, mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de mon affection
et de la reconnaissance que je leur
dois.*

MEIS

À LA MÉMOIRE DE MON COUSIN

ANDRÉ DESCARPENTRIS

Mort pour la France à 20 ans le 24 octobre 1918

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de clinique obstétricale
Officier de la Légion d'Honneur

*En le remerciant de l'honneur qu'il
m'a fait en acceptant de présider cette
thèse, qu'il a inspirée. Qu'il trouve
ici le faible hommage de la reconnais-
sance que je lui dois, et le témoignage
de mon entier dévouement.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR C. JEANNIN

Professeur de Clinique Obstétricale

*En témoignage de mon profond et
respectueux attachement.*

À MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

1914. M. LE PROFESSEUR SERGENT.

1919. M. LE PROFESSEUR GILBERT.

1920. M. LE DOCTEUR BABINSKI.

Externat

1920-1921. M. LE DOCTEUR ARROU.

1921-1922. M. LE PROFESSEUR VAQUEZ.

Internat

1922-1923. M. LE DOCTEUR HERSCHER.

1922-1923. M. LE PROFESSEUR BRINDEAU.

1923-1924. M. LE DOCTEUR ARROU.

1923-1924. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ METZGÉ

1924-1925. M. LE DOCTEUR G. LABEY.

1924-1925. M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE.

1925-1926. M. LE PROFESSEUR C. JEANNIN.

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS FOIX, LEQUEUX,
VAUDESCAL

A MM. LES DOCTEURS GERNEZ, TOUPET, LECONTE,
DONZELOT, DOUAY

A MES COLLÈGUES ET A MES AMIS

Qu'il me soit permis d'exprimer à MM. les Professeurs BAR, BRINDEAU, JEANNIN toute la reconnaissance que je leur garde pour les conseils qu'ils m'ont si obligeamment donnés au sujet de cette thèse.

Les observations ici rapportées (cas d'hôpital ou de clientèle privée) m'ont été communiquées par MM. BRINDEAU, METZGER et LE LORIER ; je les prie d'accepter, avec mes remerciements, l'expression de toute ma gratitude.

Je ne saurais oublier mes amis LANTUEJOUL et PAREUX, qui m'ont aidé si constamment dans la recherche des observations.

LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

DANS LE TRAITEMENT DU

PLACENTA PRÆVIA

Semblables aux chirurgiens qui, pendant fort longtemps, hésitèrent devant l'ouverture de la cavité péritonéale, les accoucheurs se limitèrent pratiquement, jusqu'à la fin du siècle dernier, aux interventions par voie vaginale. Et si, la vieille césarienne, l'une des plus anciennes interventions de l'obstétrique, depuis des siècles déjà avait été pratiquée, l'histoire montre qu'après avoir été longtemps considérée comme l'acte chirurgical *post mortem*, elle fut très rarement tentée sur le vivant, et ne put, en particulier en France, enregistrer que des désastres jusque vers 1890. Bénéficiant comme la chirurgie des découvertes de Pasteur, rapidement améliorée dans sa technique, elle est maintenant mise au point et entrée dans le cadre des interventions obstétricales. Mais, alors qu'il y a quelques années encore, on ne recourait à elle que devant l'impossibilité absolue de pratiquer l'accouchement, on tend actuellement à l'employer dans certaines complications du travail qui mettent en danger la vie de la mère et compromettent celle de l'enfant. Et de même qu'on s'oriente vers la césarienne prophylactique, de même qu'on discute son opportunité dans des complications passagères de l'accouchement comme l'éclampsie et la procidence du cordon,

de même, devant les résultats désastreux obtenus dans le placenta prævia avec les procédés obstétricaux, on est venu à faire appel à cette opération et à la considérer comme une intervention indiquée dans l'insertion basse.

Déjà, à l'heure actuelle, on est souvent intervenu chirurgicalement pour pallier aux accidents redoutables qu'entraîne cette situation anormale du placenta. Quoiqu'on ne l'ait fait que depuis quelques années seulement, on possède en France et à l'étranger quelques résultats qui peuvent nous éclairer sur le bien fondé de la méthode. Très nombreuses ont été déjà les publications parues au sujet de la valeur de ce traitement chirurgical, qui fut d'ailleurs longuement discuté au cours de plusieurs congrès. C'est en relisant quelques-unes, que nous essaierons dans ce travail de voir quelles sont les différentes opinions exposées jusqu'à ce jour, quelles sont les conclusions auxquelles sont arrivés les différents auteurs qui ont parlé du traitement du placenta prævia, quels sont enfin les arguments qu'ils apportent pour défendre ou repousser l'emploi de la méthode.

Dès le début, nous tenons cependant à insister sur ce fait, que loin d'être résolue, cette question est encore à l'heure présente l'objet de nombreuses discussions; sans partager l'engouement de certains partisans de la césarienne, parmi lesquels un grand nombre d'accoucheurs allemands, sans admettre de même l'intransigeance de certains autres, de plus en plus rares d'ailleurs, qui n'accordent confiance qu'aux procédés classiques, nous essaierons de préciser les indications particulières de la césarienne dans le placenta prævia. Quelle que soit pourtant l'opinion que l'on puisse avoir, il est incontestable, comme le montre la lecture des différents articles publiés sur la question, que l'on constate aujourd'hui une tendance de plus en plus marquée à

employer, dans de nombreux cas, les procédés chirurgicaux. Contrairement à ce que l'on pensait, il y a une dizaine d'années, un grand nombre d'accoucheurs, tout en repoussant la césarienne systématiquement pratiquée, sont à l'heure actuelle d'accord pour confier au bistouri des cas particulièrement graves et bien déterminés de placenta prævia. Dans quelle mesure doit-on faire confiance à la chirurgie et quelles sont les indications de la césarienne?

Nous avons depuis le mois d'août 1924, soit de vive voix, soit par lettre, questionné un certain nombre de professeurs français et étrangers. Nous leur avons adressé un questionnaire auquel la plupart ont bien voulu nous répondre. Grâce à ces réponses, nous avons pu réunir un grand nombre de cas de placenta prævia traités chirurgicalement. D'origines extrêmement diverses, les résultats qui nous ont été communiqués nous paraissent, joints à ceux que nous avons pu recueillir nous-mêmes, particulièrement intéressants, et il nous paraît indéniable que dans certaines conditions, la méthode chirurgicale donne des résultats plus brillants que ceux que nous obtenons avec les anciens procédés. S'il n'en reste pas moins difficile, sinon impossible, d'apprécier cette méthode à sa juste valeur, on peut dire avec un grand nombre d'accoucheurs et la presque totalité de ceux qui ont bien voulu nous répondre, que le traitement du placenta prævia, parfois justiciable des procédés chirurgicaux, tire bénéfice de son évolution actuelle dans cette voie chirurgicale.

ÉTUDE STATISTIQUE DU PLACENTA PRÆVIA

I. — Loin de toujours entraîner une hémorragie, l'insertion vicieuse n'est la cause de complications que dans un nombre assez limité de cas et c'est en raison de leur extrême gravité qu'on les croit sans doute plus fréquents qu'ils ne le sont dans la réalité.

Si nous ne considérons, en effet, que les cas où s'est produite une complication (en écartant systématiquement les placentas anatomiquement prœvias), on constate, comme le montre le tableau ci-dessous, que le pourcentage dans les hôpitaux ou cliniques (et nous soulignons ce point) est d'environ 1 placenta prœvia par 150 accouchements.

Statistique de	Parues en	Faites à	Portant sur	Nombre de cas	Pourcen- tage
Hauch.....	1910	Clin. Univ. Copenhague	1895-1906	240 sur 24.000 accouch.	1 %
Mouchotte.	1910	Baudeloque Paris		183 sur 38.015	0,40 —
Henkel....	1910		1894-1910	84 sur 3.882	2,16 —
Labhardt..	1917	Clinique Bâle		123 sur 16.596	0,74 —
Coirint H .	1920	Clinique Strasbourg	1879-1920	285 sur 39.194	0,60 —
M. Radecki	1924	Clin. Univ. Kiel.		168 sur 9.608	1,74 —
Schulte....	1924	Clin. Univ. Stuttgard	1913-1924	77 sur 4.497	1,7 —
Artoni de St-Agnese.	1923	Clin. Univ. Rome (Pestalozza)	1910-1923	181 sur 21.527	0,84 —

Comme on le voit, ces chiffres sont relativement faibles; nous n'oublierons pas, toutefois, que si nous avons des chances dans des formations hospitalières où les cas sont choisis, de rencontrer de temps en temps un placenta prævia (environ 1 cas sur 150) l'insertion basse devient une hypothèse clinique infiniment plus rare si on considère la totalité des accouchements. C'est ainsi que Muller, en réunissant 876.642 cas, trouve un placenta prævia sur 1.078, Schoenwald 1 cas sur 750, Hofmeier 1 cas sur 657.

II. — *Quant à la fréquence du mode d'insertion*, on trouve plus souvent la variété latérale que la variété centrale, si l'on entend par ce dernier terme l'insertion couvrante, celle qui permet au doigt introduit dans le col après une certaine dilatation de sentir partout des cotylédons. Les chiffres varient considérablement et sont très différents suivant l'origine des statistiques: cependant, le plus grand nombre des auteurs consultés, qui, au cours de divers articles, parlent de proportions dans lesquelles on rencontre les variétés différentes d'insertion placentaire, donnent les chiffres de 30 à 35 0/0 pour les placentas centraux et 70 à 75 0/0 pour les latéraux ou marginaux, chiffres qui paraissent correspondre à la réalité. Il est en effet classique d'admettre que l'insertion centrale représente à peu près le tiers des cas; les centrales totales, c'est-à-dire celles dans lesquelles la surface de l'orifice utérin complètement dilaté ou dilatable est recouverte entièrement par les cotylédons, représenteraient environ le cinquième des centrales.

III. — *Comment faut-il envisager la question de la parité* qui, comme nous le verrons dans la suite, a une grosse importance dans le traitement de l'insertion

vicieuse? On considère habituellement que, si on totalise l'ensemble des cas de placenta prævia, on trouve plus de multipares que de primipares. Sur 60 cas que nous avons personnellement relevés, nous trouvons 15 fois des primipares, 45 fois des multipares. Dans un article récent, un auteur allemand, M. Radecki, montre que si on groupe d'après leur parité les différentes femmes présentant une insertion vicieuse, on trouve chez les primipares le pourcentage de fréquence le plus élevé (16 0/0). Par contre, si on prend d'une part les multipares, d'autre part les primipares, on note que dans l'ensemble le placenta prævia est beaucoup plus fréquent dans le premier que dans le second cas. Il semble d'ailleurs que les secundi et tertipares réunies apportent sur le total des accouchements le pourcentage le plus gros (environ 30 0/0).

IV. — Quels sont maintenant les *chiffres de mortalité maternelle et fœtale* que l'on doit s'attendre à rencontrer? Ici encore, ils seront très dissemblables suivant les auteurs et selon les méthodes mises en pratique. Si, prenant la moyenne des chiffres recueillis et portant sur la totalité des cas traités, on examine les résultats globaux des procédés classiques, on trouve des chiffres élevés qui montrent combien le placenta prævia est une complication à redouter. Sans doute, depuis longtemps déjà, nous n'en sommes plus aux statistiques terrifiantes d'autrefois, qui donnaient une mortalité maternelle effrayante et fort heureusement nous ne trouvons plus dans les chiffres d'aujourd'hui les lourds pourcentages de Depaul (33 0/0), de Nœgelé (21 0/0), de Simpson (33 0/0). Doit-on cependant considérer comme satisfaisants les résultats plus récents? Evidemment non, comme le montreront les chiffres que nous allons donner et qui ne portent que sur des résul-

tats obtenus avec les différentes méthodes classiques en dehors de la césarienne.

Résultats obtenus par les différentes méthodes classiques Mortalités globales

Noms	Villes	Publié en	Mortalité maternelle	Mortalité fœtale	
Clinique Baude- loque	Paris	1893-1908	1912	6,7 %	44,8 %
					Rapport Couvellaire 1912
Service de M. le profess. Bar, Saint-Antoine- Tarnier	Paris	1897-1912	1912	9,2 %	51,6 %
					»
Maternité Lyon,	Lyon	1903-1911	1912	7,78 %	60,4 %
					»
Statistique Ferré	Pau	1893-1912	1912	11,4 %	
					»
Champetier de Ribes	Paris	1890-1907	1912	8,9 %	43,7 %
Coirint H.	Strasbourg	1879-1919	1920	10,3 %	67,4 %
					Th. Strasbourg
Hitschmann . . .	Wien	1921		7,6 %	Die therapie der placenta prævia
					dans les cliniques
Van der Howen.	Leyde	1917	8 %	54 %	In thèse « Bower », 1923
					dans les cliniques
Labhardt	Bâle	1917	10 %	62,6 %	In C. Thélén, 1924 Le traitement du Pl. prævia

Tels sont les chiffres bruts, provenant de milieux différents et portant sur des cas observés soit à l'hôpital, soit dans des cliniques, quel qu'ait été l'état de la femme à l'entrée dans ces établissements. On a évidemment discuté de ces résultats : estimant qu'ils ne pouvaient servir de base à un jugement sérieux de la

méthode employée, de nombreux auteurs, retranchant des chiffres globaux exposés un certain nombre de cas, en particulier ceux où on ne pouvait, à leur avis, escompter le succès, sont arrivés à obtenir des pourcentages moins défavorables. S'ils ont raison quand il s'agit de juger de la méthode, il n'en reste pas moins vrai que les chiffres précédents portant sur la totalité des cas sont les seuls sur lesquels on se puisse raisonnablement appuyer; ils nous donnent une mortalité maternelle qui oscille entre 8 et 10 0/0 ou entre 6 et 8 0/0 dans les cas les plus heureux. Que dire alors de la mortalité fœtale qui approche de 50 0/0, le chiffre le meilleur étant de 44 0/0. En réalité, on peut, dans les statistiques, trouver les chiffres les plus divers. Dans ceux que nous venons d'exposer, nous n'avons pris uniquement que ceux qui nous paraissent répondre à la réalité et qui sont en concordance avec ceux que nous trouvons. C'est ainsi par exemple, qu'Heinlein, rapportant récemment (1922) une statistique de 11.000 naissances avec 133 cas de placenta prævia, trouvait avec les anciennes méthodes des mortalités maternelle et fœtale de 2,3 0/0 et 19,5 0/0. Plusieurs auteurs ont pu d'ailleurs (en particulier avec le ballon) apporter des pourcentages de même ordre. Et même, il y a plusieurs années, Stratz avait publié un total de 100 cas avec un seul décès maternel. A supposer qu'on se trouve en présence de séries particulièrement heureuses, nous estimons que ce ne sont pas des résultats aussi remarquables qu'on doive en pratique s'attendre à rencontrer dans le placenta prævia, les chiffres de 6 à 8 0/0 de mortalité maternelle, de 35 à 45 0/0 de mortalité fœtale, restant pour nous les chiffres les plus favorables qu'on puisse actuellement obtenir avec les procédés obstétricaux, quelle que soit l'amélioration apportée dans l'emploi de ces procédés.

Toutefois, nous ne perdrons pas de vue, dans l'appréciation de la gravité du placenta prævia, que les statistiques précédentes portent sur des cas traités dans des hôpitaux ou cliniques, où l'accoucheur possède, dans un milieu approprié, les moyens de combattre les accidents qu'il peut rencontrer. Aussi, peut-on dire que dans la pratique courante, en dehors des milieux hospitaliers, les mortalités maternelle et fœtale doivent être infiniment plus grandes. Dans cet ordre d'idées, nous rappelons les chiffres fournis par Döderlein en 1913, au Congrès de Londres, où il était fait mention pour quatre provinces allemandes d'une mortalité maternelle variant entre 10 et 19 0/0 en dehors des cliniques. Rappelons aussi l'opinion plus récente d'Hitschmann qui, dans sa monographie de 1921, estime la mortalité dans le placenta prævia à 20 0/0 en pratique courante au lieu du chiffre de 7 0/0 qu'il donne pour les cas traités dans les cliniques.

V. — Enfin, si l'on recherche *la part qui revient à chaque variété d'insertion* dans les résultats recueillis, on constate que le placenta central est de beaucoup plus dangereux pour la mère et pour l'enfant, que l'insertion latérale ou marginale. C'est ce que veulent démontrer les auteurs dont on trouvera le nom dans le tableau qui suit :

Mortalité maternelle

Auteurs	Années	Placenta prævia central	Placenta prævia partiel	
—	—	—	—	
Hauch.....		12 %	1,2 %	
Schauta.....		23 —	2 —	
Eardley-Holland.	1921	14 —	9,3 —	
Hitschmann....	1921	13 —	3 —	{ Statistiques portant sur 1.393 cas

De ce court chapitre, nous pourrions tirer les conclusions suivantes : *Manifestation clinique relativement rare, plus fréquente chez la multipare que chez la primipare, l'insertion basse du placenta doit encore à l'heure actuelle être considérée comme une complication redoutable et pour la mère et pour l'enfant. L'insertion centrale est de beaucoup la plus grave et la proportion de mortalité qu'elle cause est toujours considérablement plus élevée que celle rencontrée dans les variétés partielles.*

Avant d'aborder l'étude de la césarienne dans le placenta prævia, nous ferons très brièvement l'exposé des différentes méthodes obstétricales, en essayant de montrer rapidement les résultats qu'on en peut espérer obtenir. Donnons d'abord en quelques lignes un aperçu des raisons qui amenèrent les anciens accoucheurs à proposer les différents procédés.

I. — LES PROCÉDÉS OBSTÉTRICAUX

C'est en 1850, qu'Ambroise Paré eut l'idée que certaines hémorragies graves observées chez les femmes en couches étaient liées à la situation anormale du placenta placé avant l'enfant, et c'est lui, qui, le premier, parle de la nécessité de hâter l'accouchement dans ces cas particulièrement sérieux. Dans la suite, Mauriceau propose de remplacer l'accouchement forcé par la rupture des membranes et parle, pour la première fois, du rôle de ces membranes qui exercent une traction sur le placenta bas inséré. Portal, puis Puzos, insistent, à leur tour, sur les avantages de la rupture des membranes, en conseillant, de plus, l'abaissement d'un pied du fœtus. Après que Leroux, vers 1804, eut parlé du tamponnement, Barnes, en 1825, étudiant le segment inférieur, explique comment celui-ci progresse à la fin de la grossesse et comment la formation à ce moment et dès l'apparition du travail, plus rapide que la croissance du placenta, entraîne le décollement qui est à l'origine des hémorragies; il préconise la désinsertion du placenta dans la zone qui correspond au segment inférieur et nous verrons dans la suite Simpson opposer à ce décollement partiel le décollement total, méthode qui, au point de vue de l'hémostase, peut avoir une certaine valeur. Comme son procédé ne réussit pas toujours, Barnes propose l'introduction d'un ballon dont le type est aujourd'hui abandonné. Mais à la même époque, Braun, de Vienne (1851), emploie le colpeu-

ryn timer, et Braxton-Hicks (1864) met en avant la méthode de la version combinée, non suivie d'extraction, procédé qui, jusqu'à nos jours, en particulier en Amérique et en Allemagne, a connu une très grande vogue.

En France avec Dubois, Depaul, Pajot, en raison surtout de la fréquence de véritables épidémies d'infection puerpérale, on hésite devant les manœuvres obstétricales, et c'est surtout, dans le double but de ne pas toucher à l'œuf et de favoriser la production de caillots, au tamponnement qu'on a recours. Tarnier puis Budin défendent le tamponnement antiseptique.

Enfin, l'ère aseptique apparaît. Et tandis que Pinard reprend la rupture large des membranes, un certain nombre d'accoucheurs, plaidant à nouveau pour l'évacuation rapide de l'utérus, substituent à l'accouchement forcé de Guillemeau et de Louise Bourgeois l'accouchement dit « méthodiquement rapide ». Apportant des résultats excellents à l'époque, Bonnaire préconise la dilatation manuelle, Bossi en Italie avec son dilatateur, Champetier de Ribes avec son ballon inextensible, se donnent pour but la dilatation méthodique du col.

Les procédés des uns et des autres connaissent tour à tour le succès, et actuellement encore, certaines de ces méthodes sont par de nombreux auteurs considérées comme les meilleures. Telles sont, comme nous venons de le montrer dans ce très bref historique, les différentes méthodes successivement proposées dans l'insertion basse. Sans encore les discuter, nous ne ferons que les résumer, en montrant quels sont les résultats qu'on en obtient pratiquement.

Les procédés employés peuvent se résumer aux cinq modes suivants :

- 1^o L'accouchement forcé;
- 2^o Le tamponnement;
- 3^o La rupture des membranes;

4° L'accouchement méthodiquement rapide;

5° Le décollement du placenta.

a) L'ACCOUCHEMENT FORCÉ. — Complètement abandonné à l'heure présente, l'accouchement forcé de Guillemeau n'a plus de défenseurs. Les très mauvais résultats qu'on en retirait ont fait qu'il est tombé dans l'oubli et c'est seulement pour mémoire que nous en faisons mention.

b) LA RUPTURE DES MEMBRANES. — En rompant la poche des eaux, en permettant l'écoulement du liquide amniotique, on diminue la pression interne de l'œuf, mais surtout on supprime le tiraillement des membranes, qui est la cause du décollement placentaire, et par là même, des hémorragies. Cette déchirure, toutefois, doit être aussi large que possible, afin d'être efficace. Ainsi pratiquée, elle provoque souvent l'arrêt des hémorragies et donne dans l'ensemble de bons résultats.

Nous empruntons au *Traité d'accouchement* de Bar, Brindeau et Chambrelent, avec les chiffres suivants, quelques-uns des résultats donnés.

	Mortalité maternelle	Mortalité fœtale
Juge.....	2,74 %	37 %
Draghiescu.....	6,6 %	
Champetier.....	9,9 %	45 %
Bar.....	5,88 %	44 %

En réalité, il semble que les meilleurs résultats qu'on obtienne avec ce procédé s'observent chez les multipares avec col dilaté. Quoiqu'il soit difficile de juger de la valeur exacte de ce moyen, qui n'est en somme souvent que le premier temps d'une intervention plus

directe, il faut la considérer comme un procédé à utiliser.

c) LE TAMPONNEMENT. — En bourrant la cavité vaginale de tampons, on s'est proposé de provoquer la formation de caillots. Bien que ce procédé eût connu une grande vogue, on peut dire qu'il est, en réalité, presque totalement abandonné. Les résultats fournis par les statistiques ne plaident pas en sa faveur, puisque la mortalité maternelle varie, suivant les cas, entre 10 et 40 0/0, les chiffres de morbidité étant encore plus impressionnants. Pour les enfants, les résultats seraient également très mauvais, puisque, si nous nous en rapportons aux chiffres publiés lorsque le tamponnement était en honneur, nous trouvons des pourcentages variant entre 60 et 80 0/0. Quelques auteurs cependant l'acceptent exceptionnellement. Quand il est bien fait, quand on l'applique dans des conditions bien déterminées, lorsque la dilatation ne permet pas l'emploi d'une autre méthode, il peut rendre de très bons services. Si l'on a soin de prendre des précautions pour que les caillots retenus ne deviennent pas un foyer de développement microbien en ne laissant le tampon en place que quelques heures, les dangers auxquels on expose la femme ne sont pas plus grands que ceux auxquels on la livrerait en ne prenant pas de précautions pour éviter l'hémorragie.

d) LA DILATATION MÉTHODIQUEMENT RAPIDE. — A côté du tamponnement : la dilatation méthodiquement rapide.

Nous avons vu comment, après une longue période, cette méthode est venue à l'esprit de ses protagonistes, afin d'essayer de réunir dans un même procédé les avantages de l'accouchement forcé et du tamponne-

ment. Les moyens proposés sont nombreux, ils peuvent se résumer en :

Dilatation foétale (Braxton-Hicks), élastique, manuelle et instrumentale.

1^o *La version de Braxton-Hicks.* — Version par manœuvres mixtes pratiquée à dilatation incomplète, le Braxton-Hicks a pour but d'engager un membre inférieur du fœtus dans le vagin, de façon à comprimer entre le siège de l'enfant et le bassin, le placenta bas inséré. Ainsi se trouvent obstrués les orifices vasculaires béants. Pourvu qu'elle soit pratiquée lentement, cette méthode a l'avantage d'arrêter assez sûrement l'hémorragie.

Non suivie d'extraction, elle permet d'attendre la dilatation complète et constitue la meilleure des sauvegardes pour les mères ainsi que le montrent les chiffres suivants :

Noms	Années	Mortalité maternelle	
Siegiwart.....	1910	1, 4 %	
Hauch.....	1910	0 —	
Winter.....	1911	3 —	
Stratz.....	1915	0,9 —	
Fry..	1909	0 —	
Montibert.....	1917	3,70 —	
Hitschmann....	1921	0,6 —	} Résultats portant sur 501 cas. In Monographie, Hitschmann, 1921. In Artom. de Saint-Agnesse, 1923.
Pestalozza,....	1923	0 —	

Mais si ces résultats concernant les mères sont très intéressants, il en est tout autrement de ceux qui regardent les enfants, puisque ceux-ci sont véritablement sacrifiés et que les chiffres de mortalité foétale qu'on rencontre en consultant les statistiques oscillent entre 70 et 80 0/0. Malgré ces dangers la version de Braxton-Hicks a eu et a gardé de nombreux partisans en particulier en Amérique et en Allemagne. Pour d'autres,

au contraire, elle est considérée comme une méthode d'exception, et n'est employée que si la vie de l'enfant est compromise, s'il est mort, ou encore lorsque la mère, très anémiée, ne peut supporter une nouvelle hémorragie.

2^e *La dilatation élastique.* — Non moins vantée que la précédente, la dilatation élastique du col, ballon de Barnes, Colpeurynter, et surtout ballon de Champetier (exclusivement employé en France) aurait l'avantage de sauver beaucoup d'enfants. Le ballon par son gonflement comprime le placenta et provoque l'hémostase. Il contribue, d'autre part, à avancer la dilatation et jouant le rôle d'un pôle fœtal tend à amener la formation d'un véritable segment inférieur. La plupart des auteurs le placent à l'intérieur de l'œuf lui-même, faisant procéder son introduction de la rupture des membranes. Un plus petit nombre, devant la difficulté qu'on éprouve parfois à rompre ces membranes, le placent entre celles-ci et l'utérus.

Quoi qu'il en soit, le ballon, à l'heure actuelle, a encore beaucoup de défenseurs. En France, en particulier, nombreux sont ceux qui l'ont utilisé et l'utilisent encore dans l'insertion basse. Au cours de ces dernières années, dans plusieurs articles parus sur la question du placenta prævia, en particulier en Allemagne, on a proposé ce procédé contre la césarienne. Nous citerons parmi eux, ceux d'Hitschmann, de Mayer et d'Heinlein qui, malgré les bons résultats observés avec la méthode chirurgicale, sont restés partisans de la métreuryse. La dilatation élastique du col semble trouver ses indications lorsque l'enfant étant vivant et viable, le col paraît dilatable, et présente un certain degré de dilatation; lorsque aussi, l'état de la mère ne nécessite pas une urgente version de Braxton-Hicks. D'ailleurs, pour ses partisans, les résultats qu'on en obtient sont les plus

satisfaisants qu'on puisse espérer et il faut reconnaître que les chiffres qu'ils fournissent à l'appui de leur opinion doivent être considérés comme bons. Relisons plutôt, dans l'important travail d'Hitschmann, les résultats apportés par les différents auteurs : sans mettre la mère en grand danger (la statistique récente portant sur 532 cas ne donnait qu'une mortalité de 1,9 0/0), la mètreuryse sauverait beaucoup d'enfants. Alors qu'on trouve avec Krönig, Döderlein, Sweitzer, les pourcentages respectifs de 33,2, 45, 34 0/0 de mortalité infantile, Hitschmann arrive au chiffre de 20 0/0.

Dans l'ensemble, d'ailleurs, les différents chiffres publiés sur les résultats de l'emploi des ballons sont favorables à la méthode, comme on le peut observer dans le tableau qui suit :

Noms	Date de publication	MORTALITÉ	
		Maternelle	Fœtale
Hannes.....	1909	5,5 %	25 %
Pfannenstiel.....	1909	5,5 —	51 —
Zimmermann (Duisbourg).....	1909	3,3 —	23,7 —
Bar (Congrès de Pesth).....	1910	7,8 —	60,5 —
Heinlein.....	1922	2,2 —	19,3 —
Mayer (Hambourg).....	1922	6,1 —	61 —

3° *La dilatation manuelle.* — Proposée par Bonnaire, la dilatation manuelle eut, elle aussi, une vogue manifeste. Elle consiste à dilater avec la main le col, de telle sorte qu'on puisse pratiquer l'extraction. Elle peut avoir ses indications dans certains cas, tout en comportant de légers risques. Si l'on s'en rapporte aux chiffres de Bonnaire lui-même, on trouve une mortalité maternelle de 14 0/0, une mortalité fœtale de 55 0/0. En additionnant les résultats obtenus avec ce procédé par Bonnaire, Bossi, Treub, M. Lequeux trouve une moyenne de mortalité de 18,5 0/0 pour les mères et de 48 0/0 pour les enfants. Méthode d'exception sans

doute, ce peut être néanmoins, parfois, une bonne méthode.

4° *La dilatation instrumentale.* — Infiniment plus violente, la dilatation instrumentale (écarteur de Tarnier, dilatateur de Bossi) a surtout été employée à l'étranger, en Italie et en Allemagne. Son but est le même que celui de la dilatation manuelle : agrandir l'orifice cervical. Mais ici, la méthode est plus brutale, plus aveugle que la précédente, et les risques de rupture sont encore beaucoup plus grands. Bossi (Congrès de Pesth, 1910) établissant une statistique portant sur 82 cas, donne une mortalité maternelle de 7,3 0/0 et une mortalité fœtale de 17,7 0/0, chiffres qui sont exceptionnellement bons.

En réalité, la pratique des dilatations est trop dangereuse pour qu'on puisse la défendre, comme l'a montré M. Bar, sauf dans des circonstances tout à fait exceptionnelles.

5° *Le décollement du placenta.* — Un mot pour terminer du décollement placentaire. En rejetant le décollement partiel du placenta au niveau du segment inférieur proposé par Barnes, en repousant l'arrachement partiel des cotylédons décollés préconisé par Bunsen, Simpson donne comme procédé d'hémostase dans l'insertion vicieuse le décollement total du placenta. Il établit son opinion sur ce fait que l'hémorragie provient du placenta lui-même au niveau précisément où celui-ci a été décollé. En attribuant une valeur à cette désinsertion totale, Simpson cherche à obtenir l'hémostase par rétraction de la paroi utérine, celle-ci n'ayant plus de connexions avec le placenta détaché. Des observations ont été rapportées de ce procédé, en particulier par Simpson. Il peut avoir des applications dans certains cas, mais ne peut pas être mis en avant comme méthode de traitement du placenta prævia.

Tels sont les moyens dont l'accoucheur dispose en pratique courante et parmi lesquels il a à faire un choix. Ces moyens étaient les seuls en usage jusqu'au moment où Krönig et Sellheim ont commencé à discuter du rôle de la césarienne dans le *prævia*.

Si nous résumons la conduite à tenir en cas d'insertion vicieuse, nous pouvons dire :

D'une façon générale, rejeter le tamponnement, lequel restera un procédé d'exception.

Deux cas sont à envisager :

Premier cas. — Ou bien la femme qui a saigné ne saigne plus, mais on craint une nouvelle hémorragie.

Avant tout : rupture des membranes.

A. — Si la dilatation est complète ou presque, Braxton-Hicks ou version suivie d'extraction.

B. — Si la dilatation est incomplète, rejeter délibérément les procédés de Bonnaire, de Bossi, de Braxton-Hicks et employer le ballon.

Deuxième cas. — Ou bien la femme continue à saigner (les membranes étant rompues).

A. — La dilatation est complète, version de Braxton-Hicks et extraction.

B. — La dilatation est incomplète, version de Braxton-Hicks malgré les risques qu'elle comporte.

C. — La dilatation est presque nulle, dilatation instrumentale (Bossi) et version de Braxton-Hicks.

Telles sont, résumées dans les conclusions d'une leçon faite par M. Bar à Tarnier en 1909, les différentes indications du traitement du placenta *prævia*. Dans la suite, le rôle de la chirurgie ne tardait pas à grandir dans le domaine de l'accouchement. Entre les interventionnistes systématiques disciples de Krönig et de Sellheim en Allemagne et les abstentionnistes convaincus qui, en aucun cas, n'avaient recours au bistouri,

on réservait en France, comme ailleurs, une place à la césarienne.

Les indications sont toutefois, comme nous le verrons, restées exceptionnelles dans l'esprit des accoucheurs français dont les idées furent développées par M. Couvelaire au Congrès de Berlin en 1912. Quels sont les arguments qu'on peut fournir contre la césarienne? Dans quelle mesure et dans quels cas est-on autorisé à intervenir chirurgicalement en cas de placenta prævia? Les idées sont-elles restées les mêmes depuis 1912 et doit-on encore, à l'heure présente, considérer la césarienne comme une méthode d'exception? Avant de répondre à ces questions, rappelons en quelques mots l'histoire de cette césarienne dans le placenta prævia, tentée depuis déjà plus de vingt ans.

II. — LA CÉSARIENNE ET LE PLACENTA PRÆVIA

A. — L'Histoire de la césarienne dans l'Insertion vicieuse

Il semble que les premières opérations césariennes faites en cas de placenta prævia furent pratiquées vers 1890-1895, et c'est en Europe que le chirurgien anglais Lawson Tait parle tout d'abord de cette opération. Mais c'est en Amérique que les premières interventions furent tentées en cas d'insertion basse, où Huston-Ford (1892) paraît avoir été l'initiateur de la méthode chirurgicale. La même année on trouve la relation de deux interventions pratiquées par Harris et Slich, et en 1893 H. Bernays, de Saint-Louis aurait lui aussi obtenu un succès. Il semble alors que dans le Nouveau Monde on ait suivi l'exemple de Ford et on trouve dans les années suivantes les rapports de plusieurs césariennes faites en cas d'insertion vicieuse. Lodeman, Zinke, Donoghue, Deaver, Condon tentent tour à tour l'opération. Des communications sont faites où éclate l'emballement des auteurs, ainsi que le montre le titre d'un article de Dudley en 1900 : « The Modern cesarean section, an ideal method of treatment for placenta proevia » (*New-York Medical journal*, 1900). Et ainsi durant une période d'une dizaine d'années on peut relever quelques observations d'insertion basse du placenta traitée chirurgicalement. Zinke, en particulier, rapporte en 1901 8 cas dont 7 en Amérique et 1 en Angleterre.

Mais il faut arriver en 1908 où, avec deux accou-

cheurs allemands, Krönig et Selheim, on voit pour la première fois la césarienne nettement proposée et défendue comme traitement de l'insertion vicieuse. Fortement discutés dès le début, ils entreprirent une campagne énergique, le premier préconisant la césarienne classique, le second défendant la section supra-symphysaire. Très rapidement, un peu partout, s'élevèrent des protestations, bien que ces deux auteurs eussent, dès leur première publication, insisté sur ce fait qu'ils n'estimaient justiciables d'intervention que les cas bien déterminés où mère et enfant pouvaient être sauvés, cas qu'il est classique d'appeler des « cas purs ». Les premiers résultats de Selheim furent 8 opérées vivantes avec 8 enfants vivants également. Dès sa première statistique publiée, Krönig, de son côté, pouvait annoncer 6 succès complets (mères et enfants) sur 6 interventions.

Contre l'orientation donnée au traitement du placenta prævia, nombreux sont donc les auteurs qui protestent; les discussions sont multiples et quelquefois extrêmement violentes, comme en Allemagne, où, dans une lettre ouverte à Krönig et à Selheim, Martin de Berlin s'oppose énergiquement aux propositions nouvelles. Bumm, par l'intermédiaire de son élève Thies, critique la césarienne abdominale et recommande l'hystérotomie vaginale chez les primipares à col rigide. Giessen, Hammerschlag, Siegwart répondent aux arguments des partisans de la chirurgie, mais Krönig et Selheim trouvent avec le temps des adeptes qui se font les défenseurs de la méthode; parmi ces derniers il faut citer Pankow.

Toutefois, plus encore ailleurs qu'en Allemagne, les idées de Krönig et Selheim sont loin de rencontrer l'approbation générale.

En Amérique, à deux reprises, en 1902 et en 1909, l'American Gynecological Society se déclarait contre la césarienne. Les publications concernant cette opération

sont assez peu nombreuses et les résultats ne semblent pas avoir été particulièrement brillants. On discute de ses indications, en 1909, au Congrès de New-York, où Jewett et Fry s'en déclarent partisans si l'insertion est centrale et si le col est fermé.

L'opinion anglaise ne diffère pas grandement de la précédente :

La question de la césarienne est discutée à la Royal Society of Medicine et Routh, au Congrès de Saint-Petersbourg en 1910, résume cette opinion en disant que l'opération ne saurait entrer dans le traitement du placenta prævia que dans des cas exceptionnels.

Dans les autres pays, les interventionnistes sont également rares. On montre peu d'enthousiasme à suivre les propositions de l'Ecole allemande et on n'accepte pas d'emblée les brillants résultats de ses statistiques dans les pays latins et en France plus particulièrement. Cependant, dans quelques cas où on avait de nombreuses chances de penser à l'échec du traitement obstétrical, on commence à pratiquer la césarienne, et, au début, on la tente plus facilement lorsqu'à côté de l'insertion basse, une dystrophie autre que l'anomalie de greffe de l'œuf semble constituer un obstacle à l'accouchement. Pourtant, partout on répugne à l'intervention systématique et partout la méthode chirurgicale est discutée. *En Hollande*, où Nijhoff, Van der Haeven obtiennent des succès, Treub écrit : « Le choix de la césarienne en cas de placenta prævia ne mérite rien d'autre qu'une sévère désapprobation. » *En Suisse* les partisans semblent plus nombreux et en 1912, Meyer-Wirz, en présentant à Lausanne un rapport favorable à la césarienne, paraît rallier la majorité de ses collègues. Mais l'intervention présente des indications limitées, comme le précisent, en 1917 et 1920, Labhardt et Beuttner.

Les *Italiens*, qui furent parmi les premiers à discuter de l'opération dans l'insertion vicieuse, bien avant 1908, publient de nombreux mémoires sur la question (Montuoro, Rainieri, Guiccardi, Soli, Alfieri, Caruso). L'intervention, toutefois, est considérée comme un traitement d'exception et continue à être jugée comme telle avec Bossi, Pestalozza et Guzzoni. En Autriche, les trois chefs des cliniques viennoises Schauta, Pistasek, Rostorn sont opposés à l'emploi systématique de la méthode chirurgicale.

On peut donc dire que jusque dans ces trois dernières années, rares à l'étranger sont les auteurs qui ont accordé à la césarienne une grande place dans le traitement de l'insertion vicieuse.

En France, un certain nombre d'accoucheurs avaient, bien que très exceptionnellement, dès 1900, pratiqué l'opération en cas de placenta prævia (Lepage, Mouchotte, Ribemont-Dessaignes). D'une façon générale, cependant, on estimait que, quoique loin d'être satisfaisants, les résultats obtenus par les méthodes classiques étaient suffisants pour condamner et rejeter l'opération systématique. Déjà grande à l'étranger, la réserve le fut encore plus dans notre pays, où les affirmations allemandes provoquèrent un grand nombre de répliques. Sans condamner formellement la césarienne, on la rejette comme méthode thérapeutique de choix dans l'insertion vicieuse. En 1910, au Congrès de Pesth, M. Bar consacre une assez longue partie de son rapport sur la dilatation rapide du col, aux procédés employés dans le placenta prævia. « ... Mais ces réserves faites, nous reconnaissons volontiers que la mise en balance de l'accouchement par dilatation rapide du col et de l'accouchement par voie haute se pose vraiment, quand, au lieu de conditions favorables, survient une hémorragie grave, précoce, à allure violente, quand le

col est long, non effacé. Dans ce cas, l'ensemble des moyens usuels, au premier plan desquels figure la dilatation rapide, ne constitue qu'une méthode peu satisfaisante, hasardeuse, où l'on sacrifie vite l'enfant, où des risques sérieux subsistent pour la mère. L'extraction par voie haute doit certainement lui être préférée, pourvu que la femme ne soit pas infectée, que l'enfant soit bien vivant et que l'opération puisse être pratiquée par un opérateur exercé, dans un milieu convenable... »

L'opinion générale des accoucheurs français est traduite d'ailleurs par les conclusions de M. Couvelaire au Congrès de Berlin en 1912. « La pratique systématique de la section césarienne, en cas d'hémorragie sérieuse par insertion vicieuse du placenta, est injustifiée. » L'auteur n'a pu, à cette époque, après enquête dans les différentes sociétés françaises d'obstétrique et de gynécologie, relever que quelques cas d'interventions chirurgicales. Peu après, cependant, depuis 1912, la méthode chirurgicale trouve, avec le temps, de nouveaux adeptes et un peu partout les discussions au sujet de l'hystérotomie dans l'insertion basse s'appuient sur de nouveaux exemples. Après le Congrès de Berlin, nous retrouvons la question discutée à Londres, l'année suivante, et Döderlein peut alors annoncer les résultats de 159 hystérotomies vaginales avec 11,3 0/0 et 21,7 0/0 de mortalités maternelle et fœtale. Bar, Recassens, Veit, Davis, Guzzoni, acceptant au même Congrès, la césarienne dans des cas particuliers, maintiennent leur opinion première.

En 1920, Gueniot peut rassembler 17 cas de césariennes pratiquées en France et en Belgique pour placenta prævia.

En 1920, Grosse, dans les mêmes pays, réunit 25 exemples (Bar, de Boyis, Cathala, Fraipont, Grosse, Lecoq, Lequeux, Lepage, Muller, Ribemont-Dessaignes,

Lerorier, Raymond, Cazales, Pinard, Mouchotte, Schiekele, Paucot, Vanverts). Sur ces 25 cas, 17 césariennes hautes, 4 vaginales et 4 hystérotomies avec 6 mères mortes, 5 enfants décédés dont 1 non viable.

A propos des indications des hystérotomies abdominales pendant le travail, le problème du traitement de l'insertion basse est à nouveau à l'ordre du jour au Congrès de gynécologie de langue française en 1921. Les discussions soulevées par les rapports de MM. Couvelaire et Henrotay sont particulièrement instructives. Nombreux sont ceux qui prennent la parole pour énoncer leur opinion sur la conduite à tenir. Si tous s'accordent sur un point : la nécessité de ne recourir à la césarienne que dans certains cas seulement d'insertion vicieuse, leurs opinions diffèrent, par contre, sur la technique à employer. Tandis que les uns s'en tiennent à la césarienne classique corporéale, les autres font appel à la supra-symphysaire et semblent accorder grande confiance à cette opération qu'ils utilisent dans leur pratique courante et qu'ils gardent dans le placenta prævia.

Le Congrès d'Insbruck, en juin 1922, montre l'opinion allemande actuelle sur la question. Quoiqu'on soit dans l'ensemble plus interventionniste que dans les pays latins, on est loin de la césarienne systématique, **et** on ne trouve qu'une indication formelle à l'intervention chirurgicale : le placenta couvrant avec l'enfant vivant à terme et sans signes d'infection. « La césarienne, dit Stœkel, sera faite chez les femmes dont le col est en totalité ou en grande partie recouvert par le placenta, l'enfant étant vivant et viable et en cas d'absence apparente d'infection grave. » Actuellement, néanmoins, on n'en est pas moins très interventionniste en Allemagne et à en juger par les publications de ces dernières années, la césarienne pour prævia a dans ce

pays gagné beaucoup de terrain. Il semble qu'on discute surtout de la technique à employer. Parmi ses partisans les plus convaincus, nous pouvons citer les noms de Stœkel, Jascke, Schulte, Finker, Neu, Opitz, Zanguemeister, Henkel, etc...

Dans l'ensemble donc et dans les différents pays on voit les accoucheurs, de plus en plus, recourir devant l'insertion basse, aux méthodes chirurgicales. Sans doute, les progrès de l'asepsie et le perfectionnement des techniques opératoires ont favorisé cette évolution; elle n'en est pas moins due, cependant, avant tout, à ce fait que les anciennes méthodes, fortement critiquables, ont paru médiocres à beaucoup et susceptibles de pouvoir être utilement remplacées dans de nombreux cas par les procédés chirurgicaux, maintenant entrés dans le cadre de l'obstétrique.

B. — Les arguments invoqués en faveur de la césarienne

I. — LES PROCÉDÉS OBSTÉTRICAUX SONT NON SEULEMENT CRITIQUABLES PARCE QU'INEFFICACES, MAIS ENCORE PARCE QU'ÉDANGÉREUX.

Le premier argument qui devait venir à l'esprit des partisans de la césarienne fut tiré, bien entendu, de l'insuffisance des méthodes classiques. Faire le procès de ces méthodes est en effet chose facile, et personne ne songe à nier qu'elles sont loin d'être parfaites. Mais alors que pour les uns elles donnent des résultats satisfaisants et ne sont souvent pas responsables des accidents observés, pour les autres, au contraire, elles sont nettement insuffisantes.

1^o *La rupture des membranes.* — C'est, tout d'abord, la rupture des membranes. Si les qualités que lui reconnaissent ses partisans, à savoir : sa simplicité, son innocuité, son efficacité sont indéniables parfois, il faut reconnaître, par contre, que souvent ces qualités sont plus théoriques que réelles. Elle n'est en effet pas toujours facile, voire possible. Quand, comme cela arrive chez les primipares, le col est fermé et imperméable, lorsque le placenta est total, ou quand la languette placentaire recouvre notablement l'orifice interne du col, les difficultés peuvent être sérieuses. On a, évidemment, décrit des procédés particuliers pour ces cas spéciaux ; il n'en reste pas moins vrai qu'elle n'est pas toujours possible. Est-elle toujours efficace ? Sans aucun

doute, non. Souvent, la rupture même large, n'arrête pas les hémorragies; on est alors dans l'obligation de la compléter par la mise en place d'un ballon ou par une version. De même, on ne peut pas dire que son innocuité est parfaite, puisque, outre qu'elle est une manœuvre sur l'œuf, la rupture des membranes peut ne pas déclancher le travail, et que pour cette raison, les risques d'infection augmentent pour la mère. Elle favorise enfin la procidence du cordon, souvent inséré à la partie la plus basse du placenta.

2^o *Le tamponnement.* — Le procès de celui-ci a été trop souvent fait, par M. Bar en particulier, pour que nous insistions longuement. Sans compter les inoculations septiques inévitables au cours de l'intervention, le fait d'empêcher l'écoulement des sécrétions vaginales, de retenir des caillots au fond du vagin ou au niveau de l'orifice utérin, constitue un indéniable danger. En employant ce procédé, on aboutit à former un véritable « milieu de culture en vase clos », au contact de la plaie placentaire. Dangereux en raison des risques d'infection qu'il entraîne, il le sera encore par les traumatismes auxquels il peut exposer le col et le segment inférieur lors de son application, en déterminant de petites plaies, en ouvrant à leur niveau des espaces lymphatiques. Il sera souvent des plus douloureux, tellement parfois, en provoquant la rétention d'urine, que la femme ne pourra le supporter. Enfin, il sera quelquefois insuffisant, le sang filtrant à travers la mèche de gaz introduite et nécessitant son renouvellement. Il présente donc des dangers énormes, confirmés par ce fait qu'il est à l'heure présente presque totalement abandonné. Sans contester pourtant ces très gros inconvénients, on ne peut l'écarter complètement de la pratique obstétricale : on le considérera comme un traitement d'attente, exceptionnel, le jugeant alors,

suivant le mot de M. Lequeux. « comme le doigt qu'on met sur le vaisseau qui saigne ».

3° *La dilatation élastique.* — Le ballon, qui a semblé à de nombreux accoucheurs être la méthode de choix, qui a encore à l'heure actuelle ses nombreux partisans est loin de constituer un procédé parfait et ses inconvénients sont multiples. Avant tout, il se conserve mal, s'allère rapidement et ceux qui l'emploient l'ont vu souvent se rompre, fuir, et ne pas retenir l'eau qu'il doit contenir au moment de son application. Souvent ces ballons sont difficiles à placer et leur introduction exige un certain degré de dilatation; ils font surtout courir à la femme de très grands risques d'infection, même lorsque toutes les précautions ont été prises. Enfin, l'hémostase qu'on obtient grâce à eux n'est souvent qu'apparente, la dilatation qu'ils entraînent est habituellement très imparfaite et il est fréquemment nécessaire de compléter leur application par un Braxton-Hicks, ou même par une manœuvre manuelle sur le col. Nous savons d'autre part que la pose du ballon n'est pas sans inconvénient pour l'enfant et qu'on peut lui reprocher de favoriser les présentations vicieuses, la procidence, la chute et la compression du cordon. A part quelques statistiques particulièrement favorables, la moyenne des chiffres de mortalité fœtale varie entre 35 et 45 0/0.

4° *La dilatation fœtale.* — Si des reproches peuvent être adressés au ballon, combien plus sérieux sont ceux qui seront faits à la version de Braxton-Hicks. Précédée de la rupture artificielle des membranes, elle constitue une excellente méthode hémostatique, particulièrement sûre vis-à-vis des mères. Mais est-elle toujours possible? Il faut, pour la réaliser, une dilatation assez avancée, il faut que l'utérus ne soit pas rétracté au point d'empêcher la rotation complète du fœtus, car l'on peut risquer de faire une rotation incomplète et de

transformer une présentation verticale en présentation transversale. De plus, si c'est parfois une réelle difficulté de saisir les pieds du fœtus ou de le faire tourner, on comprend combien l'intervention se complique, lorsque l'insertion étant centrale, il faut traverser la masse placentaire. Les dangers que court la mère, les risques de rupture et d'infection peuvent être mis au second plan. Mais, si on peut vis-à-vis des mères considérer cette version comme une bonne méthode quand elle est réalisable, elle a le très gros défaut de ne pas tenir compte de la vie de l'enfant, véritablement sacrifié. Nous savons en effet que les chiffres de mortalité fœtale varient avec le Braxton-Hicks entre 60 et 80 0/0. C'est pourquoi, malgré les avantages qu'elle peut présenter pour les mères, il faut la juger comme une méthode très imparfaite à rejeter toutes les fois que faire se peut. Nous raisonnerons de la même façon vis-à-vis de la version séparée, non suivie d'extraction.

5° *La dilatation manuelle.* — Procédé de force, obligatoirement brutal et n'aboutissant pas à la constitution d'un segment inférieur, la dilatation du col dite « méthodiquement rapide » présentera de gros dangers. Acceptable dans certains cas de cols souples et élastiques, elle devra être mise de côté dans un très grand nombre de cas, en particulier chez les primipares où le col est dur et résistant. Ces critiques s'appliquent à la méthode de Bonnaire, sur les dangers de laquelle nous ne revenons pas : risques d'infection, déchirure du col et du segment inférieur. Quelque prudente qu'elle soit, elle a de gros inconvénients et ses partisans les plus convaincus parmi lesquels le Hollandais Treub, la discutèrent et, sans l'abandonner tout à fait, en limitèrent les indications. On ne doit pas, en effet, la rejeter complètement, elle peut avoir ses avantages, mais ne reste en réalité applicable qu'à des cas très particuliers,

chez les multipares, lorsque le col est souple et la dilatation assez avancée.

6^e *La dilatation instrumentale.* — M. Bar, en insistant sur le mécanisme de la déchirure du col avec cette dilatation, en a montré les dangers. Dans une leçon de la clinique Tarnier (1909) il a montré qu'on n'obtenait pas une véritable dilatation complète, mais la formation de sillons déterminant sur le col des segments « en quartier d'orange » non dilatés, la dilatation n'existant qu'au niveau des diamètres représentés par les points précis où ont porté les branches de l'instrument : d'où secondairement des déchirures. La dilatation de Bossi sera donc employée avec extrême réserve en cas de placenta prævia où la proximité du placenta rend plus dangereuses les déchirures que la dilatation rapide du col est susceptible de produire. Il est enfin toujours difficile de mesurer la puissance d'un tel appareil, dont l'emploi expose à des ruptures.

7^e *La méthode de Simpson.* — Le décollement artificiel du placenta, extrait ou non avant la sortie de l'enfant, proposé par Simpson, est non seulement inefficace, mais souvent dangereux. Acceptable dans certains cas où le col est très dilaté, il faut le considérer comme un procédé d'extrême exception, qui ne peut s'appliquer avec succès qu'à un tout petit nombre de cas.

De ces critiques rapidement exposées, une constatation s'impose : en dehors des dangers multiples qu'elles présentent, il faut reconnaître que les différentes méthodes obstétricales, y compris rupture des membranes, ballon et version, indiquées souvent seulement dans des cas très limités, sont fréquemment insuffisantes. C'est là, comme il fallait s'y attendre, le premier argument, et non le moindre, des partisans de la césarienne.

II. — LES CHIFFRES DONNÉS PAR LES STATISTIQUES SONT FAVORABLES AUX PROCÉDÉS CHIRURGICAUX

Les résultats défavorables des anciennes méthodes sont d'ailleurs, disent certains défenseurs de la césarienne, confirmés par les statistiques. L'inefficacité des procédés obstétricaux et les dangers qu'ils présentent sont traduits par les chiffres de mortalité qu'ils entraînent. Nous avons vu qu'ils sont dans la moyenne de 6 à 8 0/0 pour les mères, de 40 à 60 0/0 pour les enfants. La lecture de ces résultats montre l'insuffisance de ces méthodes et paraît assez démonstrative aux partisans de la césarienne pour qu'ils s'en écartent. Sur la valeur des chiffres publiés on a beaucoup discuté et nous y reviendrons. Toutefois, pour les défenseurs des procédés chirurgicaux, si les résultats des méthodes obstétricales sont peu satisfaisants, il en serait autrement de ceux qu'on obtiendrait avec la technique qu'ils préconisent. Faut-il rappeler que les premiers résultats publiés par Krönig et qui lui valurent tant de critiques annonçaient 6 enfants vivants sur 6 césariennes? Faut-il de même citer les chiffres de Pankow qui, en 1913, déclarait obtenir un pourcentage de mortalité maternelle de 2,9 0/0 sur 38 césariennes pratiquées pour insertion vicieuse. « Ces résultats sont si extraordinairement favorables, disait-il, en comparaison des précédents, que l'opération césarienne devrait être plus pratiquée que jusqu'alors dans les cliniques dans le traitement des cas de placenta prævia. »

En réalité, il est incontestable que certaines statistiques obtenues avec les procédés chirurgicaux sont particulièrement favorables. Hitschmann pourtant partisan des méthodes classiques, résumant, en 1921, les résultats de 200 cas de césariennes abdominales pour

placenta prævia recueillis par 14 auteurs différents, trouvaient une mortalité maternelle de 3,6 0/0, chiffre excellent qu'il estimait d'ailleurs devoir être obtenu avec les anciennes méthodes convenablement appliquées. Parmi certains chiffres publiés dans ces dernières années, nous en relevons quelques-uns particulièrement intéressants. Bower, en 1923, donne comme résultats de la césarienne à la clinique de Groningen, une mortalité maternelle de 5,88 0/0, une mortalité fœtale de 17,65 0/0, alors que les meilleurs pourcentages obtenus avec les procédés habituels classiques sont de 6,25 0/0 pour les mères et de 56,25 0/0 pour les enfants. Jascke, rapportant 260 cas recueillis dans différents pays, trouve le chiffre de mortalité maternelle de 1 0/0, et celui de 3,2 0/0 en rapportant 125 opérations pratiquées par des auteurs allemands. Stoekel, en 1923, sur 31 cas, trouve 3,3 0/0; Gall, sur 100 cas, 4 0/0.

En 1924-1925 nous avons relevé, dans quatre articles allemands sur la question du traitement du placenta prævia, les chiffres suivants :

Noms	Avec les procédés obstétricaux		Avec la césarienne	
	Mortalité maternelle	Mortalité fœtale	Mortalité maternelle	Mortalité fœtale
Schoenholz.....	5,9 %	35 %	4,17 %	6,5 %
Schulte.....	14 —	41 —	0 —	0 —
				pour enf. à terme
Mikulicz Radecki.	11,5 —	70,1 —	3,3 —	21,9 %
Ballhorn.....	6 à 15 —	50 à 60 —	2 —	5 —

A côté de ces chiffres, nous pourrions en rappeler d'autres, eux aussi particulièrement intéressants, qui nous sont communiqués en réponse à notre question-

naire par des partisans convaincus de la supériorité du procédé chirurgical dans l'insertion basse.

	Nombre des cas	Décès des mères	Pour centage	Décès des enfants	Pour- centage
Walthard, 1924 (Zurich).	50	1	2 %	5	10 %
De Lee, 1924 (Chicago).	36	0	0 —	3	8,33 —
Guggisberg, 1924 (Bern).	39	1	3,05 —	9	23,7 —

On peut donc à l'heure actuelle trouver de nombreux auteurs qui, partisans de la césarienne dans l'insertion basse, apporteront à l'appui de leurs dires des chiffres particulièrement brillants. Pourtant, au même titre que nous avons rejeté, parce qu'ils nous paraissaient trop faibles, certains chiffres de mortalité maternelle obtenus avec les procédés classiques, nous considérerons certains des résultats publiés par ces partisans de la césarienne comme exceptionnellement favorables et ne répondent pas à ce qu'il faut d'une façon générale s'attendre à rencontrer avec l'opération. Quels chiffres faut-il admettre? et à quel pourcentage faut-il s'arrêter? Si nous nous en rapportons aux différents résultats qui nous ont été communiqués par les auteurs qui ont bien voulu répondre à nos questions, si nous considérons le tableau d'ensemble exposé à la fin de ce travail, nous trouvons que la mortalité maternelle moyenne avec la césarienne (quel qu'en soit le mode : haute, basse ou vaginale) s'élève pour la totalité des auteurs à 6,11 0/0, tandis que la mortalité fœtale atteint le chiffre de 17,82 0/0. A côté de ces pourcentages, résultats d'un total de 376 opérations césariennes qui doivent être considérés comme nettement favorables, nous avons ceux que nous avons personnellement recueillis à Paris : sur 27 cas, 3 décès de mères, 3 d'enfants (1 prématuré à 7 mois, 2 morts avant l'inter-

vention), soit : une mortalité maternelle et fœtale de 11,11 0/0.

Dans l'ensemble, donc, on peut dire que même en écartant certaines statistiques exceptionnellement bonnes, le placenta prævia paraît justiciable de l'opération et, sans doute, les résultats qu'on en obtient pourraient avec le temps être améliorés. Cependant, les différents chiffres que nous apportons, recueillis dans des pays et des milieux divers, sont la meilleure preuve qu'il ne faut pas aller trop loin avec la méthode chirurgicale et pratiquer la césarienne dans tous les cas. Ceci, d'ailleurs, est confirmé par ce fait qu'il y a actuellement beaucoup de partisans de l'opération, à condition que celle-ci reste limitée à certains cas et à certains cas seulement. Quoi qu'il en soit, ici encore, tout en n'accordant aux chiffres publiés qu'une valeur relative, on peut dire que, dans l'ensemble, ceux-ci ne sont pas défavorables, surtout si nous considérons que ces cas où la césarienne a été pratiquée sont précisément les plus mauvais, ceux où, en raison d'une insertion centrale, d'une hémorragie dangereuse par son intensité ou sa répétition, d'un manque de souplesse du col, on pensait qu'on échouerait avec les procédés obstétricaux. On se rend donc compte à nouveau qu'il serait déraisonnable de comparer sur des chiffres l'un ou l'autre procédé. S'il est nécessaire cependant, pour en juger, d'établir une certaine comparaison entre les résultats fournis par les deux méthodes chirurgicale et obstétricale, nous verrons dans la suite, que ce serait une erreur capitale de mettre en opposition ces deux traitements différents.

III. — LES MÉTHODES CLASSIQUES NE TIENNENT PAS UN COMPTE SUFFISANT DU MÉCANISME DES ACCIDENTS

Les partisans de la césarienne trouvent un gros argument dans ce fait que les anciennes méthodes ne tiennent pas compte suffisamment de la pathogénie et du mécanisme des accidents qu'entraîne l'insertion basse du placenta. Ce ne sont, disent-ils, que de mauvais procédés ; car ils laissent de côté un certain nombre de notions anatomiques et physiologiques qui doivent précisément servir de base au choix d'une thérapeutique. Leur défaut n'est pas dans le but qu'ils poursuivent : l'évacuation de l'utérus. Il réside dans ce que pour obtenir ce résultat les procédés obstétricaux semblent méconnaître non seulement les rapports particuliers qui existent entre le placenta et le segment inférieur en cas d'insertion basse, mais surtout les caractères de ce segment inférieur : son absence de contractilité, sa grande fragilité. Ils semblent ignorer son rôle dans la production des hémorragies et des ruptures utérines. C'est pourquoi, estiment les défenseurs des procédés chirurgicaux, si l'on veut faire une critique sérieuse des anciennes méthodes, il faut non pas tabler sur les résultats des statistiques (qui d'ailleurs même expurgées seraient défavorables), mais bien plutôt s'efforcer de comprendre le mécanisme des complications afin de leur opposer une thérapeutique appropriée. Or, quand on étudie le mode de production des accidents, on voit qu'on peut ranger en quatre catégories les facteurs de gravité du placenta prævia :

L'hémorragie ;

Le shock ;

Le traumatisme ;

Et l'infection ;

et c'est précisément dans la possibilité de limiter ces complications que les partisans des procédés chirurgicaux trouvent des arguments en faveur de leurs idées.

10. — L'Hémorragie

a) *La formation du segment inférieur.* — Le symptôme initial, mais aussi essentiel de l'insertion basse, c'est l'hémorragie. Qu'elle soit précoce ou tardive, grave en raison de son abondance, de sa répétition ou de sa massivité d'emblée, elle constitue souvent le seul accident qui commande l'intervention. Or, ces hémorragies sont liées au rôle capital que prend le segment inférieur dans les derniers mois de la grossesse et au moment du travail. Ce sont les modifications qu'il va précisément subir pendant cette période qui permettent de comprendre la production de ces hémorragies. Qu'on accepte que la cause de ces pertes de sang réside dans la distension du segment inférieur qui devient tel que le placenta, peu élastique, et ne pouvant le suivre, se décolle; qu'on se rende à la théorie du glissement; qu'on admette que c'est le chorion, qui, arrivé à son maximum d'élasticité vient décoller le placenta, on est de toute façon obligé de conclure à un décollement placentaire dans la production duquel le segment inférieur joue un rôle plus ou moins important suivant les auteurs, mais qui n'en existe pas moins. Quelle que soit l'origine des pertes, que le sang vienne de la paroi utérine, des cotylédons décollés, ou des deux à la fois, un fait ne peut être contesté : l'hémorragie existe parce que l'insertion est basse et siège sur le segment inférieur dont le rôle sera par conséquent capital. Ne laissons donc pas entrer la femme en travail, évitons la formation de ce segment inférieur qui ne se constitue qu'à la fin de la grossesse

et au début du travail, nous écartons ainsi les hémorragies graves, ce qu'on ne pourrait faire en utilisant les procédés obstétricaux. Tel est un des arguments des partisans de la césarienne dans l'insertion basse.

b) *L'atonie du segment inférieur.* — De plus, disent-ils, ce segment inférieur n'aura jamais activement à intervenir au cours de la grossesse et de l'accouchement, son rôle sera essentiellement passif. En se constituant à la fin de la grossesse, il a pour résultat d'amener une augmentation de la capacité utérine encore accrue par le nouveau développement qu'il subit au début du travail. En raison de son élasticité, il s'amincit en même temps qu'il augmente ses dimensions. Sa faible richesse en fibres musculaires ne peut pas favoriser sensiblement les efforts de contraction et le rend incapable de contribuer à l'oblitération des sinus qui, sur la paroi utérine, répondent à l'insertion placentaire en cas de *prævia*. On n'obtient pas, comme on l'observe au niveau du corps, cette ligature physiologique des sinus maternels lors du décollement placentaire. Il y aurait véritablement atonie de ce segment inférieur, laquelle serait cause non seulement des hémorragies de la période de travail, mais encore de celles qui surviennent tardivement après la délivrance. Il est facile de comprendre toute l'importance que cette question peut avoir dans le choix d'un traitement, et dès 1908, Krönig et Selheim, en préconisant la césarienne, insistaient sur la nécessité de tenir compte de cette inertie et trouvaient dans la possibilité de l'éviter le second argument repris depuis par plusieurs auteurs en faveur de la chirurgie. Est-on en droit cependant pour les raisons indiquées plus haut de parler véritablement d'atonie du segment inférieur, et celle-ci existe-t-elle dans la réalité? Dans plusieurs publications récentes, allemandes en particulier, on a longuement

insisté sur cette question. Niée par quelques-uns, considérée par beaucoup d'autres comme rare, cette atonie est en réalité extrêmement contestée. Hitschmann en 1921, dans son important travail sur le placenta prævia, montre que ce danger n'existe que dans un nombre de cas très limités, et que peu de femmes meurent d'hémorragie par atonie utérine au cours de l'accouchement par insertion vicieuse. Sur 5 femmes décédées par suite d'hémorragie au cours de 205 cas d'insertion basse, Hitschmann n'attribue qu'une seule mort à la distension du segment inférieur qu'il juge par conséquent extrêmement rare, d'accord en cela avec Heinlein qui conclut de la même façon en rapportant 133 cas d'insertion vicieuse. Comme nous le verrons dans la suite, parce qu'on observe presque toujours l'arrêt des hémorragies après l'évacuation de l'utérus, parce que beaucoup actuellement plus volontiers expliquent les pertes de sang de l'accouchement et du post partum par des lésions fissuraires du segment inférieur, on trouve des arguments importants contre l'hémorragie par atonie. Il semble pourtant impossible à certains partisans de la méthode chirurgicale de penser qu'elle n'existe pas, quoiqu'on ne la puisse apprécier d'une manière quelconque. On aurait affaire à une véritable asthénie du segment inférieur, et il y aurait en réalité hémorragie par défaut de matière contractile. « Quand on a vu, dit Stöckel, pendant une césarienne pour placenta prævia, combien le segment inférieur encore partiellement distendu peut saigner, on ne peut se libérer de l'impression que la part qu'il a dans l'atonie générale de l'utérus est encore très importante. » On conçoit donc comment on peut invoquer ce facteur comme cause des hémorragies. Plus ce segment inférieur sera distendu, c'est-à-dire plus le travail sera avancé, plus les pertes de sang risqueront d'être abondantes.

c) *L'atonie du corps utérin.* — On a de même voulu voir, dans la production des accidents hémorragiques, un défaut de contraction du col utérin lui-même. On a invoqué, non plus l'atonie du segment inférieur, mais l'atonie du corps. Elle aussi a été très contestée et si nous nous en rapportons, ici encore, à Hitschmann, elle serait tout à fait exceptionnelle et un très petit nombre de décès maternels pourrait lui être attribué. Elle nous paraît toutefois plus logique que l'atonie du segment inférieur que nous n'avons jamais vu directement saigner au cours des césariennes supra-symphysaires. Elle n'entraînera en tout cas que très exceptionnellement la mort et surviendra au même titre que nous la voyons se manifester dans tout autre cas que l'insertion vicieuse. Peut-être l'anémie et la grande quantité de sang perdu par des femmes qui ont une insertion vicieuse prédisposeraient-elles à cette inertie. Quoi qu'il en soit, qu'on admette ou non l'atonie ou qu'on considère les hémorragies comme résultat d'un simple décollement placentaire, *on ne peut nier toute l'importance du rôle joué par le segment inférieur. En en supprimant la formation, en intervenant avant tout début ou au début du travail, on aurait donc des chances d'éviter les redoutables pertes de sang de cette période de l'accouchement, ce qu'on ne peut faire avec les vieux procédés.* C'est là l'idée fondamentale des partisans de la chirurgie déjà exposée il y a près de vingt ans par Krönig et Selheim.

d) *Le décollement du placenta par la partie fœtale qui s'engage.* — A côté du décollement placentaire, à côté de l'inertie, une autre cause importante des hémorragies serait le décollement de l'arrière-faix bas inséré par la partie fœtale qui se présente. Depuis longtemps on sait que le pronostic du placenta prævia n'est pas le même avec les différentes présentations, et il est clas-

sique de considérer la présentation du sommet comme la moins favorable. Le décollement progressif du placenta qui se trouve entraîné à chaque contraction par la partie fœtale qui tend à s'engager, serait donc parfois à l'origine des hémorragies, et le fait d'éviter par la césarienne cet entraînement placentaire lors du travail, serait un argument de plus en faveur de la méthode chirurgicale.

e) *Les altérations du segment inférieur.* — A côté de ces causes, une place beaucoup plus grande doit revenir aux hémorragies par lésions du segment inférieur, et de nombreux auteurs ont insisté sur cette notion capitale : la fragilité que celui-ci présente en raison de l'insertion vicieuse. Au niveau de l'insertion placentaire, nous le trouvons en effet traversé par un grand nombre de vaisseaux. Peu extensible, infiltré par le sang qui circule à travers lui, il est particulièrement friable et peu résistant. Non seulement nous observons qu'il est envahi par les vaisseaux maternels qui, pour une grande part, aideront à en dissocier les éléments constitutifs, mais encore nous voyons les villosités choriales pénétrer dans son épaisseur et traverser la muqueuse pour atteindre la couche musculuse. Il est superflu d'insister sur l'énorme importance du rôle du placenta qui, par ses villosités, par la migration des cellules fœtales qu'il envoie dans l'épaisseur de la paroi, contribue à diminuer la résistance de cette partie déjà si faible de l'utérus. C'est à juste titre qu'on a pu comparer le placenta prævia et la grossesse ectopique tubaire. Dans l'un et l'autre cas, les villosités placentaires, en traversant la muqueuse, vont dissocier les éléments pariétaux. Cette immigration cellulaire, cette pénétration par les villosités ont leur origine dans le faible pouvoir de réaction de la muqueuse isthmique. Nous savons d'ailleurs que celle-ci est sou-

vent une muqueuse malade et que l'endométrite est la cause véritable souvent de la fixation du placenta sur la partie inférieure de la cavité utérine. Cette pénétration placentaire, la migration d'éléments fœtaux qu'on retrouve dans l'épaisseur de la paroi, comme le prouvent les examens microscopiques du segment inférieur en cas d'insertion basse, l'abondance de la vascularisation au niveau de l'aire placentaire, sont donc avec la minceur de l'organe causes suffisantes pour expliquer la friabilité anormale de cette partie de l'utérus. Mais, les lésions ne se bornent pas à une simple dissociation des fibres et on a pu constater sur le segment inférieur en cas d'insertion vicieuse, de véritables fissures qui ont été signalées par de nombreux auteurs. Ces fissures d'ailleurs, expliquent, non pas seulement les pertes de sang qu'on rencontre au cours du travail et pendant la délivrance, mais surtout elles sont la cause des hémorragies secondaires, tardives, de celles qu'on observe après l'expulsion de l'arrière-faix et que nous savons particulièrement redoutables. Les trouvant peut-être plus fréquentes qu'elles ne le sont en réalité, Krönig et Selheim, dès leurs premiers travaux, signalèrent déjà leur gravité. Depuis longtemps, en tout cas, on a compris l'importance de ces pertes de sang qui, survenant quelquefois longtemps après l'accouchement, se présentent, l'arrière-faix expulsé, soit très abondantes, soit au contraire comme un simple suintement continu, persistant, extrêmement dangereuses pour des femmes exsangues et qui ne doivent plus saigner. Dans leur production, on a contesté le rôle de l'atonie utérine et c'est à juste titre qu'on a incriminé bien plus communément ces lésions du segment inférieur, lésions variables depuis la simple fissure jusqu'à la déchirure plus ou moins étendue. A côté de ces modifications du segment inférieur, il faut également considérer comme

capitale la part que prennent dans la production des accidents les adhérences placentaires. Nous avons vu comment, insuffisante et malade, la muqueuse atteinte d'endométrite ne peut donner une caduque normale, et nous comprenons comment la fixation anormale des villosités est avant tout la conséquence de la structure histologique spéciale de la muqueuse. Si la correcte fixation du placenta est plus difficile, il en est de même du décollement placentaire; ce serait la conséquence de l'absence de la couche spongieuse réticulée qui favorise ce décollement au niveau du corps et qui manquerait au niveau de l'isthme. De même Neumann a pu signaler l'absence totale de la caduque avec dégénérescence hyaline du muscle, les villosités se trouvant directement au contact de la couche musculaire et des parois des sinus veineux. Quel que soit le degré en tout cas des altérations de la muqueuse, l'existence de ces adhérences est classique et indéniable, et la séparation spontanée entre le placenta et l'utérus peut être dans certains cas très difficile. Pratiquement, la fréquence des adhérences placentaires paraît suivant les auteurs varier dans de grandes proportions, et Hitschmann, dans sa monographie, en rappelant que cette fréquence oscille suivant les statistiques entre 8 et 26 0/0, trouve dans ces cas personnels de mortalité maternelle seulement une proportion de 2,5 0/0 attribuable à cette complication et il en conclut qu'elle est relativement rare. Quoi qu'il en soit, ces adhérences anormales, totales ou partielles, vont entraîner des accidents au moment de la délivrance: nous ne verrons pas alors se produire le décollement du placenta, et des hémorragies surviendront d'une gravité toute particulière chez des femmes parfois saignées à blanc. La délivrance artificielle pratiquée alors sera difficile, et c'est à grand'peine, parfois, qu'on arrivera à cliver les

cotylédons et à les séparer de l'utérus. La manœuvre, d'ailleurs, n'est pas sans danger, et ici encore, l'intervention peut être cause de déchirures du segment inférieur. Or, contre ces adhérences, on est avec les procédés obstétricaux bien mal armé, puisque la seule manœuvre possible est la délivrance artificielle, aveugle, et souvent dangereuse. Il en est tout autrement avec la césarienne : avec elle en effet, on peut, après décollement du placenta, observer le segment inférieur et s'assurer directement des altérations qu'il présente. Nous rapportons à ce sujet une observation particulièrement intéressante (obs. I) qui nous est communiquée par M. le Professeur Brindeau ayant trait à la césarienne où le décollement du placenta fut absolument impossible et où il fallut pratiquer l'hystérectomie.

OBSERVATION I

(Service de M. le Professeur Brindeau)

P., N..., VII-pare. Opérée en 1922 par le Professeur Faure d'un kyste de l'ovaire gauche.

Première grossesse en 1916. Enfant à terme actuellement vivant.

Cinq fausses-couches successives de 2 mois 1/2 à 3 mois.

Traitée à Tarnier pour spécificité. En est au moment de la prise de l'observation à la troisième série de 10 injections de novarsenobenzol.

Consulte pour la première fois le 19 août 1924 : Grossesse de 5 mois. Bruits du cœur perçus. Pertes de sang peu abondantes. Examinée à plusieurs reprises en septembre, octobre, sans qu'il y ait eu rien de particulier dans l'évolution de sa grossesse.

Durant le mois d'octobre, elle perd du sang de temps à autres sans grande abondance

Au début de novembre également quelques pertes qui vont en augmentant.

Le 1^{er} décembre elle entre à Tarnier, est mise en observation à la salle de travail avec la note suivante : « grossesse près du terme, position transversale du fœtus, tête dans le flanc droit, siège dans la fosse iliaque gauche. Pertes de sang assez abondantes. Bruits du cœur bons. Col fermé. Quelques contractions douloureuses. »

On fait 1 centigramme de morphine. La femme ne perd plus jusqu'au lendemain.

A 10 heures nouvelle hémorragie.

A 12 heures, on décide l'intervention (césarienne basse). Anesthésie rachidienne parfaite, sauf quelques vomissements. Pas d'état syncopal. Dans le cas particulier l'anesthésie a été très utile au moment du décollement du placenta mais gênante au moment de l'extraction du fœtus qui se présentait par le siège.

Incision sous-ombilicale. On arrive directement sur l'utérus. Le segment inférieur est très épais, mais il est assez facile de trouver une zone décollable. Décollement du péritoine. Incision du segment inférieur, très résistant, scléreux. Ce n'est qu'après avoir traversé au moins 2 centimètres d'épaisseur de tissu qu'on arrive dans la cavité utérine. Il est à ce moment impossible de pénétrer dans l'œuf, le placenta s'insérant sur le segment inférieur. Le placenta se fixe en avant, principalement en arrière. On pénètre dans la cavité utérine, on saisit un pied. Extraction difficile d'un fœtus de 2.610 grammes en raison de la rétraction utérine. La tête s'étant défléchie il est impossible d'aller chercher la bouche, on applique le forceps sur la tête en plaçant les cuillers du côté de l'occiput. Hémorragie très modérée. L'enfant, pâle, est facilement ranimé. Il est absolument impossible de séparer le placenta de la paroi utérine *tant est intime l'adhérence des deux organes.*

Devant cette impossibilité on fait l'hystérectomie, d'ailleurs très facile.

Hystérectomie supra-vaginale ; le moignon que l'on vient de créer se trouve près de l'insertion vaginale, et au niveau de ce pédicule, l'utérus est très épais, presque aussi épais qu'au niveau du corps. La pièce enlevée en fait foi.

Suites de couches sans incident, l'état de la mère comme celui de l'enfant sont parfaits à la sortie.

Devant ces adhérences et ces fissures, avec la connaissance des complications qu'elles sont susceptibles d'entraîner, on ne peut donc trouver que raisons supplémentaires en faveur du procédé chirurgical. Et cela d'autant plus, que ces différentes lésions ne peuvent être prévues à l'avance, et qu'aucun signe pratiquement ne nous permet de dire que nous ne rencontrerons pas les unes ou les autres. Pour ces raisons multiples, les partisans de la chirurgie plaident en faveur de leur méthode. Avec l'opération, disent-ils, en évitant la distension ou le traumatisme, on ne risquerait pas d'augmenter et d'agrandir les lésions fissuraires déjà existantes. Contre les adhérences, on est mieux armé qu'avec n'importe quel autre procédé, l'ouverture de l'utérus permettant de plus l'observation directe de la zone d'insertion placentaire ; l'hystérectomie enfin, dans les cas d'hémorragies particulièrement rebelles consécutives à ces adhérences ou à ces lésions fissuraires, serait d'ailleurs quelquefois indiquée ; elle doit en tout cas être considérée comme la seule intervention qui permette la suppression radicale de certains accidents graves consécutifs aux altérations du segment inférieur.

2°. — Le Shock

A côté de l'hémorragie : le shock, dont les accidents constituent un nouvel élément de gravité du placenta prævia. Parce qu'on le redoute, on hésite souvent à intervenir par voie basse. Contre lui, on est particulièrement mal défendu. Ces accidents de shock sont plus ou moins liés à l'abondance de l'hémorragie et on ne les rencontrerait pas si on pratiquait l'opération dans de bonnes conditions. On les éviterait souvent en limitant les pertes de sang.

3°. — Le Traumatisme

Enfin, argument capital, s'il est vrai qu'on peut considérer le traumatisme comme le troisième facteur de gravité de l'insertion basse, on ne peut pas, avec les partisans des méthodes classiques, le regarder comme la seule conséquence de diverses interventions mal conduites. On ne saurait en effet trop insister, disent les partisans de la chirurgie, sur les altérations du segment inférieur dont on ne tient pas suffisamment compte avec les procédés obstétricaux. Non seulement elles se rencontrent à l'origine des hémorragies, mais surtout, elles sont la cause et l'explication véritable de la plupart des traumatismes. Ici encore, avec les anciens procédés, on laisse trop de côté ce point essentiel : la fragilité de l'utérus. On comprend en effet aisément combien les lésions traumatiques ont chances de survenir chez des femmes dont le segment inférieur est aussi touché que nous l'avons dit. Si les lésions fissuraires interviennent dans la production des hémorragies, combien à plus forte raison seront-elles des amorces de ruptures utérines ! Déjà nous savons que même en accou-

chant spontanément, du fait même de l'insertion basse de son placenta et des altérations associées du segment inférieur, la femme court le risque, pas gros sans doute, mais incontestable, de voir son utérus se rompre. Nombreuses sont les observations rapportées de ces ruptures spontanées sans qu'on puisse incriminer une intervention quelconque. Christophe, en 1910, dans sa thèse de Lyon, rapporte 13 cas de ruptures spontanées du segment inférieur sans qu'on puisse invoquer le traumatisme, avec 11 morts. Schœnholz, en 1924, signale, sur 50 cas de placenta prævia, 2 observations de déchirure en dehors de tout traumatisme obstétrical. Lobensline, rapportant 29 cas de ruptures utérines spontanées, relève 13 fois le placenta prævia. Dans ce dernier cas donc, toute manœuvre sur l'utérus, qui spontanément peut déjà se rompre, portera en elle-même ses dangers. En réalité, ces différentes manœuvres seront dangereuses à des degrés divers. Les procédés brutaux de dilatation du col seront, bien entendu, les plus susceptibles d'entraîner des accidents, comme le prouvent de très nombreux exemples. Mais, c'est surtout la version par manœuvres mixtes de Braxton-Hicks qui sera la plus dangereuse. En résumé, si le manque d'expérience de l'accoucheur peut parfois favoriser ces lésions, il n'en est pas moins vrai que le rôle joué par l'intervention obstétricale dans la production des déchirures est capitale. On ne peut négliger cette notion : *les traumatismes obstétricaux sont favorisés par les altérations de l'utérus en cas d'insertion basse, et ce fait constitue incontestablement un très gros argument en faveur de la césarienne.*

4°. — L'Infection

On a depuis longtemps insisté sur la fréquence de l'infection chez les femmes atteintes de placenta prævia. En outre qu'anémiées, affaiblies, elles résistent infiniment plus mal que d'autres à cet accident, ces femmes, du fait même de l'insertion basse, courent considérablement plus de risques que les parturientes normales. La plaie placentaire, qui saigne au voisinage immédiat du vagin, constitue la meilleure surface d'inoculation, même si l'on s'abstient de toute manœuvre. La rétention des caillots dans la cavité utérine favorise considérablement le développement d'une infection et constitue un des facteurs essentiels des accidents septiques si souvent rencontrés. A plus forte raison, si les femmes que nous considérons ont, comme cela arrive si souvent, été touchées fréquemment, si on a, dans le but d'arrêter des hémorragies, pratiqué sur elles des manœuvres plus ou moins septiques. Le traumatisme presque inévitable du canal cervical au cours des interventions, en particulier au moment de l'extraction, l'ouverture de bouches lymphatiques dans ce milieu septique, l'apport forcé de microbes au niveau des vaisseaux béants, sont tous éléments qui favorisent le développement de l'infection. Si on ajoute à cela l'absence de précautions prises parfois par l'accoucheur, pressé d'en finir devant le danger qui menace la mère, on comprend la fréquence des accidents qu'on peut rencontrer. Celle-ci est grande en effet et de toutes les complications liées à l'insertion vicieuse, les accidents infectieux sont les plus redoutables, car la mortalité qu'ils entraînent est plus élevée que celle observée après les hémorragies. M. Bar, en 1913, qui estimait à 2,6 0/0 le pourcentage de mortalité maternelle par

hémorragie, fixe à 6 0/0 la proportion des décès par infection dans l'insertion vicieuse. M. Couvelaire, en 1912, en rapportant au Congrès de Berlin sur la question du traitement du placenta prævia, trouve sur 47 décès de mères 20 fois l'infection comme cause de la mort. Plus récemment, dans un travail sur l'insertion vicieuse basé sur de nombreux cas, Hitschmann, qui considère qu'avec le placenta bas inséré l'infection dans les suites de couche est 10 fois plus fréquente dans les cliniques et 20 fois plus en pratique courante, estime la mortalité par complication infectieuse à 1,9 0/0 dans les cliniques, à 0,6 0/0 dans les polycliniques, et à 4,3 0/0 dans la pratique habituelle. Mais si la mortalité est élevée en cas d'insertion basse, si elle dépasse celle qu'entraînent les hémorragies, la morbidité maternelle est elle aussi extrêmement sérieuse. Il est classique d'admettre qu'environ 50 0/0 des femmes, présentant une insertion basse, ont des suites de couches pathologiques.

Ces accidents sont, avant tout, le résultat de la localisation de l'infection sur le système veineux, et en pratique nous rencontrerons surtout des phlébites utérines et péri-utérines, des phlegmatia alba dolens, avec les accidents emboliques qu'elles entraînent. Plus rarement, à côté de ces accidents phlébitiques, nous pourrions avoir d'autres complications infectieuses, plus exceptionnellement dangereuses. Pour toutes les raisons que nous avons précédemment indiquées, et parmi celles-ci par l'intensité des hémorragies et la répétition des manœuvres obstétricales, on favorise les complications septiques. Aussi, on comprend la très grande importance que prend l'infection dans le choix d'une méthode thérapeutique en cas de placenta prævia. Quels arguments les partisans du traitement chirurgical trouvent-ils en étudiant cette question pour justifier l'emploi de la césa-

rienne? Il faut en réalité faire la distinction entre plusieurs cas et éliminer de suite celui de la très grosse infection. Devant une femme qui en présente les signes indéniables, dont la température est élevée, dont le pouls est rapide, dont les signes généraux sont tels qu'on ne peut plus chez elle non seulement douter de cette infection mais garder l'espoir qu'elle n'est que légère, une seule solution s'impose : l'hystérectomie. Dès 1912, M. Couvelaire indiquait l'infection des voies génitales comme relevant dans certains cas de la chirurgie. Pour ces femmes anémiées et infectées apportées dans les maternités au début ou au cours du travail, après avoir subi au dehors des examens, des manœuvres, voire même des tamponnements, il y a mieux à faire que de brusquer l'accouchement ou de perdre des heures à attendre de pratiquer l'accouchement sans violence... il s'agit d'empêcher de mourir des femmes... qui mourront de septicémie si elles ne s'éloignent pas de shock hémorragiques dans les quelques heures qui suivent l'accouchement précipité et la délivrance artificielle... » Mais à côté de ces cas où l'infection est telle que l'intervention par hystérectomie ne peut se discuter, où l'on pressent la femme condamnée par septicémie si l'on n'intervient pas, où il faut, suivant le mot de Grosse, « faire la part du feu avant que l'incendie ne s'étende », peut-on trouver en étudiant ce problème de l'infection dans l'insertion basse, des arguments en faveur de la méthode chirurgicale? A cette question ses partisans répondent affirmativement. Si on se trouve, disent-ils, en présence d'un cas non infecté, on fait, avec les procédés habituels, courir à la mère plus de risques qu'avec la chirurgie, car toute manœuvre obstétricale, quelle qu'elle soit, traumatise le col, l'expose ainsi que l'œuf aux inoculations septiques et doit être considérée comme dangereuse. En évitant les hémor-

ragies qui entraînent à la longue la redoutable anémie, cause très favorable à l'éclosion des infections, en préservant la femme des manœuvres répétées sur le col, en évitant l'ouverture de l'œuf avant la sortie de l'enfant, le traitement chirurgical limite les dangers d'infection. Quelles que soient les précautions prises, on ne peut jamais réaliser la parfaite asepsie des voies génitales et être assuré que les interventions qu'on pratique ne seront pas parfois plus dangereuses qu'utiles. Mais si l'application des différents procédés obstétricaux comporte en elle-même des dangers presque inévitables, peut-on songer que ceux-ci n'existent pas avec la césarienne? Bien entendu non. Il est évident que certains cas infectés doivent limiter ou repousser les indications opératoires. Il faut toujours tenir compte des très gros risques auxquels on expose la femme en intervenant chirurgicalement sur un œuf infecté, hystérectomie mise à part. Entre les bons cas et les mauvais qui exigent l'ablation de l'utérus, il y a tous les cas douteux ou légèrement infectés. C'est alors, disent les adversaires de la césarienne, que l'opération est chargée de risques. Or, ces cas nous les rencontrons souvent : femmes qui saignent depuis longtemps, femmes dont le travail traîne, à plus forte raison, si elles sont soumises à des touchers répétés, et chez lesquelles, dans le but d'arrêter les hémorragies, on a tenté une manœuvre quelconque, en particulier le tamponnement. C'est pour quoi on a pu dire que la césarienne n'était que très exceptionnellement indiquée dans l'insertion basse. Nous rappellerons ultérieurement ce qu'il faut penser de cet argument, mais nous pouvons dès maintenant dire que raisonner de la sorte c'est aller trop loin, l'expérience montrant que bien des césariennes donnent d'excellents résultats dans l'insertion basse. Nous montrerons d'ailleurs que certaines techniques chirurgicales sem-

blent apporter des garanties particulièrement sérieuses et nous verrons ce qu'il faut en penser dans les cas douteux. En défendant leurs idées, les partisans de la chirurgie ont depuis longtemps insisté sur ce fait que s'il est vrai que les femmes peuvent, sans qu'on le sache, être infectées avant le travail, il n'en est pas moins certain qu'elles s'infectent souvent au cours du travail lui-même et que les manœuvres obstétricales jouent un grand rôle dans l'apparition de ces complications. Supprimons le travail, pensent-ils, et nous supprimerons fréquemment ces accidents. Ils ont en même temps rappelé la nécessité qu'il y avait de placer ces femmes le plus rapidement possible dans les meilleures conditions. Dès 1913, Pankow préconisait la césarienne pour *prævia* et concluait en disant qu'il fallait habituer médecins, étudiants et sages-femmes à considérer les hémorragies des derniers mois de la grossesse comme pathognomoniques du *placenta prævia* et à envoyer ces femmes le plus rapidement possible dans une clinique afin qu'elles soient opérées avec le maximum de garantie. L'auteur rapportait alors 38 cas de *placenta prævia* opérés avec une mortalité maternelle de 2,5 0/0.

En résumant les conclusions des partisans de la césarienne, on peut dire : a) *bien des cas d'infection seraient évités si les femmes étaient placées dans de bonnes conditions de surveillance* ; b) *bien des cas, malgré les hémorragies, sources d'infection, peuvent être considérés comme suffisamment purs pour être justiciables de l'intervention chirurgicale* ; c) *celle-ci aurait le double avantage de supprimer les manœuvres sur l'œuf et le col, toujours dangereuses et d'empêcher les hémorragies causes de l'anémie, facteur d'infection* ; d) *seule la chirurgie peut avec l'hystérectomie donner la solution dans la grande infection.*

Nous verrons ultérieurement, en étudiant les différentes techniques, la part qu'il convient de donner à chacune d'elles, et nous essaierons de montrer ce qui doit nous guider, en considération de l'infection toujours possible, dans le choix du procédé chirurgical à employer devant les nombreux cas qui peuvent en pratique se présenter.

IV. — PLUS SÛRE, MOINS AVEUGLE QUE LES PROCÉDÉS OBSTÉTRICAUX LA CÉSARIENNE EST D'AUTANT PLUS INDICQUÉE QU'ON NE PEUT PRÉVOIR LA GRAVITÉ DES ACCIDENTS SUSCEPTIBLES DE SURVENIR EN CAS DE PLACENTA PRÆVIA.

La difficulté du pronostic de l'accouchement en cas d'insertion basse, l'impossibilité dans laquelle on se trouve de dire comment évoluera le travail, constituent pour les partisans de la chirurgie un gros argument que nous retrouverons dans les articles publiés au sujet du placenta prævia. Ce fait qu'on est ignorant de la façon dont se comportera le segment inférieur, qu'on ne peut savoir si les hémorragies seront légères ou abondantes, passagères ou persistantes, l'existence des dangers graves que peut courir le parturiente en raison de l'implantation anormale de son œuf, sont à leurs yeux des raisons suffisantes pour commander la césarienne et faire rejeter les anciennes méthodes. C'est pour éviter toutes les complications possibles et toujours à craindre depuis les hémorragies liées à la distension du segment inférieur jusqu'aux accidents traumatiques et infectieux, résultats de manœuvres sur l'œuf et le col, qu'ils seront favorables à l'intervention. Ils le seront d'ailleurs d'autant plus que la césarienne est à leurs yeux, non seulement plus sûre, mais

encore moins aveugle, certains procédés permettant l'examen direct de la zone d'insertion placentaire et rendant possible d'assurer sous le contrôle de la vue l'hémostase des régions qui saignent.

V. — LA CÉSARIENNE EST LE PROCÉDÉ DE CHOIX
VIS-A-VIS DE L'ENFANT

Sans tenir compte des résultats que peut donner la césarienne pour les mères, on trouve, disent les partisans de la chirurgie, une indication formelle à opérer en ne considérant que la question de l'enfant. Il est en effet incontestable, que si l'on compare les résultats des statistiques obtenues en ce qui concerne l'enfant avec les procédés classiques et la césarienne, on peut s'assurer qu'ils sont, et de loin, à l'avantage de cette dernière. Or, si la sauvegarde de la mère doit être la première des préoccupations de l'accoucheur, il doit plus que jamais avoir souci de la vie de l'enfant. Les meilleurs résultats que l'on obtient avec les procédés obstétricaux sont ceux que l'on retire de l'emploi de la rupture des membranes et du ballon; avec ces procédés, la mortalité atteint pourtant le taux moyen de 35 à 40 0/0. Que dire alors des résultats enregistrés par la version par manœuvres mixtes où nous voyons cette mortalité fœtale considérée pour la plupart des auteurs comme variant entre 70 et 80 0/0! D'une manière générale, les chiffres apportés en 1912 par M. Couvelaire oscillaient entre 45 et 60 0/0, si on considère la totalité des enfants.

On pourrait évidemment rabaisser ce pourcentage moyen en ne considérant que les enfants à terme. C'est ainsi qu'on a apporté des chiffres moins élevés et qu'on peut trouver dans certaines statistiques des résultats

beaucoup plus heureux que ceux fournis par les moyennes habituelles. Zweifel trouve 35 0/0 de mortalité infantile avec les procédés obstétricaux et Hitschmann 20 0/0 avec la métreuryse.

En réalité, les chiffres les plus différents ont été publiés. Ils varient entre 20 et 70 0/0. En nous basant sur les statistiques des cas de placentas prævia que nous avons personnellement relevés dans les services de Tarnier et de la Pitié dans ces dernières années, nous trouvons, sur 30 cas obstétricalement traités, 27 enfants à terme et viables avec 19 décès, ce qui donne le pourcentage particulièrement élevé de 70,1 0/0. Aussi certains chiffres exceptionnellement faibles comme ceux d'Hitschmann nous semblent éloignés de ceux qu'on rencontre habituellement et nous paraissent bien faibles en comparaison des résultats obtenus même avec la plus favorable des méthodes : le ballon. L'objection tant de fois soulevée que la vie de l'enfant ne doit pas compter à côté de celle de la mère, dans une complication aussi grave que le placenta prævia, est un argument qui ne saurait avoir une valeur à l'heure actuelle. Sans doute la question de la mère est primordiale. On ne peut, quelles que soient les apparences, savoir ce que sera un produit de conception et on ne peut mettre en balance la sauvegarde de la mère et celle d'un enfant à venir. Mais, sous prétexte que la vie de la mère est en danger, on ne peut considérer comme satisfaisante une méthode qui sacrifie délibérément celle de l'enfant comme la version de Braxton-Hicks. Nous ne pouvons pas comprendre, disent, à la suite de Pankow, ceux qui proposent la césarienne, pourquoi les enfants, en cas de placenta prævia, ont, sous prétexte qu'il s'agit d'un accident passager, moins de droit à la vie que ceux des « bassins rétrécis ». De même, que devant une sténose pelvienne, on fait jouer comme facteur d'in-

tervention la possibilité d'avoir un enfant vivant, de même on doit agir en cas d'insertion basse. Il n'y a pas lieu de faire une différence entre les éventualités, sinon on ne conçoit pas les raisons pour lesquelles on ne préfère pas à la césarienne l'accouchement **prématuré** en cas de rétrécissement du bassin. Mais, si un certain nombre d'auteurs trouvent les indications à la césarienne en n'envisageant que l'intérêt de l'enfant (à condition qu'il soit vivant et viable), on conçoit combien cette opinion devient imposante, quand à l'exemple de certains partisans, on peut, en faveur de cette intervention, ajouter cet autre argument que la césarienne offre pour la mère des risques moins grands que ceux auxquels on l'expose avec la version ou le ballon. Ou si, sans aller jusque-là, on admet que la césarienne avec ses complications immédiates et tardives ne donne pas de résultats plus défavorables pour la mère que les anciennes méthodes.

Nous verrons qu'en réalité on ne peut opposer les deux méthodes qui doivent se compléter. Un point cependant n'est pas discutable : la césarienne est la méthode de choix pour les enfants, ceux-ci n'ayant pas le temps de souffrir et n'étant pas exposés à tous les risques des procédés obstétricaux. La suppression des nombreux dangers qu'ils courent au cours de l'accouchement traduit l'évidente supériorité du traitement chirurgical. Parmi les réponses que nous avons reçues à notre questionnaire, nous trouvons plusieurs fois exprimée l'opinion suivante : *si la césarienne est discutable vis-à-vis des mères, elle ne l'est pas vis-à-vis de l'enfant; elle est en cas d'insertion basse la méthode de choix si on veut améliorer les résultats de notre thérapeutique eu égard aux enfants.*

Si nous résumons d'ailleurs les statistiques qui nous sont communiquées, nous trouvons pour l'ensemble des

réponses reçues les chiffres suivants: 67 décès d'enfants sur 376 césariennes pratiquées (nous additionnons la totalité des césariennes quel qu'en soit le mode: voies hautes ou basses, vaginales, et nous considérons les résultats fournis pour les enfants sans les modifier, ces résultats comportant les prématurés ou non extraits par césarienne). La proportion de mortalité infantile par césarienne serait donc dans l'ensemble de 17,82 0/0.

Nous pouvons rapprocher de ces chiffres ceux que nous trouvons nous-mêmes dans le relevé de 27 cas de césariennes pour placenta prævia pratiquées dans ces derniers mois par les Professeurs Brindeau et Jeannin, Metzger et Le Lorier: mortalités maternelle et fœtale: 11,11 0/0.

La césarienne nous apparaît donc comme un procédé particulièrement sûr vis-à-vis de l'enfant. Jascke, dans un travail sur la possibilité des accouchements après la césarienne, établit une statistique assez curieuse. Sur un peu plus de 2.000.000 d'accouchements, chiffre qui représente la natalité d'une année en Allemagne, il estime que l'insertion basse se présente environ 2.000 fois et que 170 femmes mourraient de cette complication. Sur les 2.000 enfants nés dans ces conditions, il estime que chaque année 750 pourraient être sauvés par la césarienne. Et comme à ses yeux la mortalité maternelle est de 4,5 0/0, il en conclut qu'au point de vue social la méthode chirurgicale dans l'insertion basse représenterait pour l'avenir un gain incontestable.

En résumé, nous dirons que la césarienne est la méthode qui donne les meilleurs résultats pour l'enfant et comme plus que jamais le souci de sauver celui-ci doit être la préoccupation de l'accoucheur, il trouvera dans ce fait un puissant argument qui pèsera sur sa

décision dans le choix d'un procédé thérapeutique.

Grâce à la chirurgie, contrairement à autrefois, l'enfant compte aujourd'hui dans le placenta prævia.

VI. — LES RÉSULTATS DES PROCÉDÉS CHIRURGICAUX SERAIENT ENCORE MEILLEURS SI LES BONNES CONDITIONS MATÉRIELLES DONT DÉPEND LEUR SUCCÈS SE TROUVAIENT SOUVENT RÉALISÉES

Tel est le dernier point sur lequel ont insisté tous ceux qui ont proposé la césarienne en cas de placenta prævia. Non seulement cette opération exige un opérateur exercé, un matériel approprié, mais encore faut-il que la femme soit placée dans les meilleures conditions. L'intervention étant d'ordre chirurgical, elle nécessite la réalisation de toutes les conditions indispensables à l'acte opératoire lui-même : milieu approprié, observation des règles de l'asepsie. Ce qui revient à dire que le traitement chirurgical du placenta prævia doit être laissé aux hôpitaux et aux cliniques. De même, il y a nécessité à placer le plus précocement possible les femmes porteuses de cette lésion dans de bonnes conditions de surveillance. Il est indispensable d'inculquer cette notion non seulement aux médecins, que le traitement du placenta prævia est un traitement d'hôpital et de clinique, mais aussi il est essentiel de leur faire comprendre qu'il faut amener au plus tôt ces femmes qui perdent, dans les services, si possible, dès la première hémorragie. En les ayant ainsi en surveillance constante, dans un milieu propre, on est à même de répondre au premier accident sérieux et mieux que partout ailleurs on peut avoir des chances de limiter les risques d'infection. Si les médecins étaient persuadés d'une part, de la gravité de l'insertion basse, d'autre

part, que les hémorragies des derniers mois de la grossesse presque uniquement liées à cette complication exigent l'entrée de la femme à l'hôpital, un grand nombre de mères et surtout d'enfants pourraient être sauvés par la césarienne.

Telles sont, rapidement exposées, les raisons que donnent à l'appui de leur opinion les partisans de la césarienne. *Elles reposent d'abord sur l'inefficacité des moyens dont on dispose avec les procédés obstétricaux, sur les mauvais résultats des statistiques comparées aux chiffres plus brillants obtenus avec la chirurgie.*

En empêchant la formation du segment inférieur, la césarienne permettrait d'éviter les hémorragies et les lésions traumatiques qui sont loin d'être exceptionnelles.

Elle constituerait un procédé plus rapide, plus sûr et infiniment moins dangereux.

En permettant l'observation directe du segment inférieur elle serait beaucoup moins aveugle et aurait l'avantage, sous réserve que la femme soit placée dans de bonnes conditions, d'éviter souvent des accidents infectieux.

Enfin et surtout, elle serait une méthode extrêmement favorable pour les enfants, comme le montre le chiffre donné par ceux qui la mirent en pratique, et à ce point de vue elle ne peut être discutée.

A ces arguments importants q'a-t-on opposé? Quelles réponses et quelles objections a-t-on faites? C'est ce qui fera l'objet du chapitre suivant où nous exposerons, au même titre que nous avons montré les arguments des partisans de la chirurgie, les idées de leurs adversaires et les critiques que ces derniers leur ont adressées.

QUE VALENT LES ARGUMENTS EXPOSÉS ?

I. — CE QU'IL FAUT PENSER DES CHIFFRES DONNÉS PAR LES STATISTIQUES

On a reproché aux méthodes obstétricales les mauvais résultats démontrés par les statistiques. C'est là une erreur, car on ne peut condamner sans appel la méthode en se basant sur des chiffres. Nous avons vu que d'après la plupart des auteurs la mortalité maternelle doit être considérée comme étant de 8 à 10 0/0. Or, combien y a-t-il dans ce nombre de femmes qu'aucun procédé n'aurait sauvées? Combien dans les hôpitaux qui ont fourni ces statistiques, y en a-t-il eu qui, étant donné leur état infectieux et leur anémie, étaient condamnées à l'avance, quelles qu'aient pu être les méthodes employées? Ce sont là les arguments développés par M. Couvelaire au Congrès de Berlin, en 1912. Ayant mis à part, sur les chiffres qu'il apporte, un certain nombre de cas où « la partie était perdue avant d'arriver à la clinique », il trouve une mortalité maternelle qui varie entre 3,2 0/0 et 4,9 0/0, pourcentage incomparablement meilleur que celui qu'il donne pour la mortalité globale, en se basant sur les résultats des statistiques des services Pinard, Bar, Champetier-de-Ribes et des maternités de Lyon et de Pau. Expurgant ainsi les statistiques, il concluait à l'époque que pour les femmes qui saignaient du fait de l'insertion vicieuse du placenta, la mortalité dans les cliniques françaises au cours des vingt dernières années était

d'environ 4 0/0. Poussant plus loin son argumentation, étudiant plus en détail les statistiques et recherchant les causes de la mortalité, le même auteur estimait que ce chiffre de 4 0/0 pourrait encore être abaissé, comme nous le verrons plus loin.

Ce serait donc une erreur que de se baser sur le chiffre brut de mortalité pour condamner les résultats des méthodes obstétricales. Les statistiques nous fournissent la preuve que la mortalité maternelle a souvent pour cause l'anémie aiguë, l'infection, la rupture utérine. D'aucunes, parmi ces femmes, auraient pu être sauvées, si avant l'apparition de ces graves complications elles avaient été conduites dans un hôpital, si la gravité de ces hémorragies n'avait pas été méconnue ou négligée, si avant de rentrer dans les services elles n'avaient pas été les objets de nombreux touchers ou de manœuvres diverses. De même encore, la plupart des accidents traumatiques ne seraient-ils pas évités, si des fautes de technique n'étaient pas commises lors de l'évacuation de l'utérus? Il est en effet malheureusement des cas où l'accoucheur est obligé d'agir rapidement : poussé par les circonstances, constatant combien la mère et l'enfant courent de dangers, il n'a que trop souvent tendance à hâter l'accouchement chez une femme qui saigne abondamment, dont il tient la vie entre les mains. Il commet alors une faute grave, et lui seul doit être considéré comme responsable des accidents, car le plus souvent il agit avec plus de brusquerie et de violence qu'il ne le voudrait, il apprécie mal le degré de dilatation et d'élasticité du col, il pratique l'extraction à dilatation incomplète, et il va de la sorte au devant des déchirures du segment inférieur si fréquentes au cours du placenta prævia, plus spécialement après la version combinée de Braxton-Hicks. Quel que soit le procédé employé, l'accoucheur doit

attendre la dilatation complète. Il faut qu'il sache s'arrêter au cours d'une intervention, si cette dilatation n'est pas obtenue, et se rappeler que la plupart des déchirures constatées sont consécutives à des extractions pratiquées à dilatation incomplète ou exécutées avec violence et brutalité. Il n'est donc pas logique, dans ces cas, de rendre responsables les méthodes obstétricales des fautes de technique de ceux qui les emploient. Newell, en 1909, estimait que la mortalité dans le placenta prævia devait être seulement de 3 à 5 0/0 avec une bonne pratique, tandis qu'elle était de 40 0/0 entre les mains de gens inexpérimentés. Dans son rapport au Congrès de Berlin, en 1912, M. Couvelaire écrivait : « L'infection et la violence au cours de l'évacuation de l'utérus sont responsables des 3,5 des cas de mort... La femme atteinte d'hémorragie par insertion vicieuse du placenta, traitée à temps, dans une clinique, par un personnel compétent et propre, ne court pas grand risque, si l'hémostase étant obtenue, elle est accouchée et délivrée sans violence. » Hitschmann, en 1921, répondant dans sa monographie sur le placenta prævia aux arguments des partisans de la chirurgie, attribuait les mauvais résultats obtenus avec les procédés obstétricaux à une insuffisance de pratique. Bien qu'il soit en réalité impossible de dire à quel chiffre on pourrait abaisser le pourcentage de mortalité maternelle avec les procédés habituels, entre les mains d'accoucheurs expérimentés, il faut admettre que les fautes ne sont pas toujours le fait du médecin et de la technique défectueuse. Dans cet ordre d'idées, on ne peut pousser le raisonnement aussi loin que Veit qui, rapportant les statistiques de Stratz avec un seul décès maternel pour 100 cas de placenta prævia, estime que le défaut d'expérience des accoucheurs est presque la seule cause des mauvais résultats obtenus. Répondant

aux arguments d'Hitschmann, Schoenholz en 1924 écrit : « C'est une erreur fatale de considérer que les cas mortels sont dus à un manque de technique des méthodes conservatrices, et que les accidents traumatiques observés sont le fait d'une dilatation insuffisante... Les déchirures ne sont pas toujours le résultat de manipulations inconséquentes, elles sont liées à des conditions anatomiques, ce qui est démontré par les cas de déchirures du segment inférieur plus souvent observées dans le placenta prævia qu'autre part. Comme nous l'avons précédemment développé, il est incontestable que la fragilité et les altérations du segment inférieur tiennent une grande place dans les lésions traumatiques et les hémorragies qu'on observe au cours des accouchements ou après eux. Or, nous savons que les lésions de cette portion sont loin d'être rares. Toute manœuvre qui aura tendance à distendre le segment inférieur altéré, portera donc en elle-même ses dangers et on ne peut considérer comme inoffensifs les procédés obstétricaux, en particulier le Braxton-Hicks. Nous ne méconnaîtrons donc pas le danger de ces méthodes qui sont loin d'être parfaites. Toutefois, tout en nous rappelant les critiques qu'on peut leur adresser, nous considérerons qu'évidemment leurs résultats seraient améliorés si les conditions d'intervention étaient elles-mêmes meilleures. Nous ne nous en arrêterons pas moins aux chiffres moyens de mortalité maternelle de 6 à 8 0/0.

Mais de même qu'on ne peut tenir compte de ces chiffres globaux de mortalité pour rejeter les procédés classiques, peut-on d'après les résultats apportés par les partisans de la césarienne, apprécier la méthode chirurgicale à sa vraie valeur? Non. Il ne faut pas, a-t-on dit, oublier que celle-ci n'est pratiquée que dans des cas choisis, dans ceux qu'on est convenu d'appeler « purs ».

alors qu'on abandonne aux vieilles méthodes ceux qui, douteux, sont considérés précisément pour la mère comme les plus dangereux. C'est ce qui devrait nous interdire de considérer comme justes un grand nombre de statistiques qui semblent ne porter que sur des cas choisis et « sélectionnés avec un tel souci, comme on a pu le dire, pour éviter d'en compromettre le succès, que celui-ci était pour ainsi dire certain ».

Sans doute, bien des statistiques sont critiquables; toutefois les choses ne se passent pas toujours ainsi et on peut dire, ce qui d'ailleurs est exact, qu'actuellement la césarienne est pratiquée dans les cas qui paraissent précisément les plus compliqués et qui ne semblent pas pouvoir être résolus par les méthodes obstétricales. Il ne faut pas méconnaître que beaucoup d'accoucheurs emploient la césarienne dans les cas les plus difficiles, qui leur semblent devoir être particulièrement risqués avec l'emploi des anciens procédés. D'ailleurs, si laissant systématiquement de côté les chiffres de quelques statistiques publiées par certains auteurs, allemands en particulier, qui semblent trop volontiers pratiquer la césarienne, nous examinons les résultats qui nous sont communiqués en réponse à notre questionnaire, que trouvons-nous en ce qui concerne les résultats obtenus pour les mères? Des chiffres évidemment très variables, mais qui néanmoins donnent dans l'ensemble pour les méthodes chirurgicales (quels que soient les procédés employés) un pourcentage maternel très favorable, puisque nous trouvons le chiffre global de 6,11 0/0.

Si nous nous en rapportons maintenant aux chiffres recueillis dans les services de MM. les Professeurs Brin-teau et Jeannin, Metzger et Le Lorier, nous trouvons,

en relevant les cas de césariennes pratiquées en cas de placenta prævia, dans ces dernières années :

Une mortalité maternelle de 11,11 0/0;

Une mortalité fœtale de 11,11 0/0.

Au total : mortalité maternelle : 6,4 0/0.

Des différents chiffres que nous venons de donner ressort la conclusion suivante :

Si, à l'heure actuelle, la méthode chirurgicale peut donner pour les mères des résultats sensiblement voisins de ceux qu'on obtient avec les procédés classiques, les résultats qu'elle donne vis-à-vis des enfants sont considérablement plus satisfaisants.

Et si on résume l'impression qui se dégage des résultats exposés plus haut, on peut dire qu'en ne considérant que les chiffres des résultats obtenus, la césarienne est :

a) Discutable pour les mères;

b) Très bonne pour les enfants.

De plus, il faudrait encore songer que ce chiffre total de 6,4 0/0, obtenu avec la césarienne, ne tient pas compte des accidents tardifs. Or, comme nous le verrons plus loin, les conséquences tardives de l'opération, si minimes soient-elles, ne sauraient être dédaignées et il faut, quoique dans une faible mesure, en tenir compte dans le choix du procédé thérapeutique à utiliser.

De tout ce qui précède que doit-on conclure? Faut-il, contrairement aux chiffres publiés par de nombreux auteurs, considérer que les statistiques sont dans l'ensemble nettement défavorables à la chirurgie et devons-nous nous ranger à l'opinion exprimée par Couinaud en 1919, dans sa thèse : « Les statistiques les plus favorables à la méthode chirurgicale donnent une mortalité maternelle de 7,7 0/0 qu'il convient d'opposer à la mortalité moyenne de 3 0/0 obtenue avec le traite-

ment médico-obstétrical. » Nous appuyant sur les arguments que nous venons d'exposer, nous dirons qu'il faut dans l'ensemble pratiquer la césarienne avec réserve et nous penserons que celle-ci ne donne pas des résultats globaux plus mauvais que les procédés classiques. En réalité, pour établir entre les méthodes obstétricale et chirurgicale une juste comparaison, pour apprécier la valeur de chacune d'elle, il faudrait ne considérer que les résultats qu'elles fournissent chez des femmes placées exactement dans les mêmes conditions, présentant le même degré d'anémie, les mêmes risques d'infection. La réalisation de ces conditions est pratiquement impossible. Quoi qu'il en soit, on ne peut nier, comme nous avons essayé de le montrer, que l'ensemble des résultats obtenus avec la chirurgie n'est pas en ce qui concerne les mères nettement en faveur de cette méthode, bien que le pourcentage de 6.4 0 0 que nous obtenons en totalisant les différents chiffres n'est pas tellement différent de celui de 6 0/0 que nous pouvons admettre comme moyenne obtenue avec les procédés obstétricaux. Il faut reconnaître, enfin, qu'il y a une notable différence entre les chiffres publiés par les auteurs des divers pays. Si on s'en rapporte à ceux donnés par les auteurs des pays latins qui paraissent plus modérés et sans aucun doute plus sévères dans le choix de leurs indications opératoires, on voit le pourcentage de mortalité avec la césarienne infiniment plus élevé que dans d'autres pays se rapprocher du chiffre de 11,11 0 0 que nous avons recueilli à Paris dans ces dernières années.

Restant donc sceptiques devant certains chiffres publiés, n'acceptant que sous réserves certains résultats particulièrement brillants apportés pour défendre l'une ou l'autre opinion, nous concluerons cependant en faveur de la césarienne. A condition qu'elle soit pra-

tiquée avec mesure, on en tirera gros avantage pour la mère et pour l'enfant, cette intervention étant actuellement, sans contredit, entrée dans le cadre des procédés à utiliser en cas d'insertion vicieuse. Les discussions d'ailleurs portent aujourd'hui autant sur la technique à utiliser que sur la valeur de la méthode, et les plus récentes publications sur la question commentent la valeur des différentes césariennes dans le placenta prævia, de nombreux auteurs, en particulier allemands, estimant abaisser le pourcentage de mortalité maternelle en utilisant, comme nous le verrons dans la suite, la section segmentaire, supra-symphysaire.

II. — LA CÉSARIENNE N'EST PAS TOUJOURS JUSTIFIÉE POUR LA MÈRE ET SA PRATIQUE SYSTÉMATIQUE DOIT ÊTRE REJETÉE

De ce qui précède, il résulte qu'il faut rejeter la césarienne systématique, car elle est loin d'être toujours indiquée en cas de placenta prævia. La femme qui présente une insertion basse du placenta peut après des hémorragies, quelquefois même abondantes, au cours de sa grossesse ou au début du travail, accoucher spontanément et sans incidents. Dans d'autres cas, son accouchement peut ne nécessiter que de toutes petites interventions, telle, par exemple, la rupture des membranes. Dans ces conditions, on risque, si on a tendance à pratiquer la césarienne, de faire une opération inutile. Et comme rien ne nous permet de dire s'il se produira des accidents, comme nous voyons certains cas évoluer spontanément, ou facilement réglés par les procédés obstétricaux sans qu'il en résulte de dommages ni pour la mère ni pour l'enfant, nous ne sommes pas en droit de pratiquer la césarienne systématique. Ainsi, le pré-

texte que nous ne pouvons savoir comment se passera l'accouchement en cas d'insertion basse et que nous laissons, en n'intervenant pas, planer sur la mère un danger, ne sera pas suffisant dans l'esprit d'un grand nombre d'accoucheurs pour qu'ils pratiquent cette césarienne dans tous les cas où souvent, seules les pertes de sang font suspecter une insertion vicieuse.

Les indications en faveur de la chirurgie devraient donc être bien déterminées. Nous y reviendrons dans un chapitre ultérieur. Pour le moment, nous nous contenterons de conclure : *la césarienne systématique en cas de placenta prævia doit être, en ce qui concerne la mère, considérée comme une faute grave et absolument rejetée.*

III. — LES RISQUES IMMÉDIATS ET TARDIFS QUE LA CÉSARIENNE COMPORTE FONT QU'ELLE DOIT ÊTRE A L'HEURE ACTUELLE CONSIDÉRÉE ENCORE COMME UNE OPÉRATION SÉRIEUSE

En dehors des accidents inhérents à l'acte opératoire lui-même, la césarienne comporte des risques immédiats, qu'on ne saurait laisser de côté. Survenant dans les jours qui suivent l'opération, ce sont avant tout des accidents infectieux, au premier plan desquels il faut placer la péritonite. A côté de celle-ci toute la série des complications par infection, en particulier les phlébites. Ce sont ces accidents qui font surtout la gravité de l'opération. Sans doute, on peut dire qu'à l'heure actuelle, pratiquée dans de bonnes conditions, par un opérateur exercé, cette césarienne ne comporte que peu de risques immédiats, à peine plus peut-être qu'une intervention telle que l'hystérectomie, ceci toutefois à une condition, que le cas soit « pur » et qu'on ait l'as-

surance que la femme ne présente aucun signe d'infection. Sur un total de 29 césariennes relevées dans le service du Professeur Jeannin, nous trouvons un pourcentage de mortalité maternelle de 3,4 0/0 pour les cas « purs » seulement, femmes non touchées en ville, poche des eaux intacte. C'est montrer les bons résultats de la césarienne faite dans de bonnes conditions.

Nous verrons dans la suite ce qu'il faut penser de la pureté des cas dans l'insertion basse et nous indiquerons les différents procédés proposés et employés dans le but d'éviter ces accidents, dans les cas mauvais d'une part, dans les cas douteux de l'autre. Nous verrons en particulier l'importance de la place qui semble prise par la césarienne supra-symphysaire, que nous laissons de côté pour le moment. En réalité, si déjà dans les cas « purs », lorsqu'elle est pratiquée à la fin d'une grossesse normale, pour dystocie osseuse par exemple, la césarienne ne peut être jugée comme une opération sans dangers, que dire alors dans l'insertion basse? Si, écartant les cas où l'infection est évidente et où seule l'hystérectomie est indiquée, on ne considère que les cas habituels, communs, ne fait-on pas avec la méthode chirurgicale courir à la mère plus de dangers qu'on ne le pense souvent? On ne peut dire en effet devant une insertion basse qu'on se trouve en présence d'un cas « pur », et c'est précisément pour ce motif, parce que dans une insertion vicieuse on ne sait jamais si la femme devant laquelle on se trouve est indemne de toute infection, qu'on a voulu voir une grosse objection à la méthode opératoire. Nous avons montré dans un chapitre précédent combien souvent et comment du fait de l'insertion basse placentaire et de la rétention des caillots, le développement d'une infection se trouvait favorisé. Le propre du placenta prævia n'est-il pas précisément de donner très fréquemment de

petites hémorragies, des suintements de sang plus ou moins abondants qui, suivant le mot de Hauch, « font une route toute tracée pour l'ascension des microbes dans l'utérus et surtout dans les veines utéro-placentaires ». Comme ces hémorragies surviennent le plus habituellement avant le travail, quelquefois plusieurs semaines avant la fin de la grossesse, qu'on ne doit intervenir qu'à l'époque du terme, on ne pourra, en réalité, jamais affirmer qu'on est en présence d'un cas pur. A plus forte raison, si la femme est en travail et si la poche des eaux est rompue. Le fait pour le placenta de s'insérer bas ne peut donc être considéré que comme une grande prédisposition à l'infection, et si l'on reproche aux procédés obstétricaux d'exposer la mère à des inoculations septiques, n'oublions pas que la chirurgie, elle aussi, a ses dangers et que ceux auxquels on expose l'opérée ne peuvent être tenus comme négligeables. L'infection, la plus redoutable des complications de l'insertion basse, joue encore ici le rôle essentiel. Elle dépasse de beaucoup et de très loin les autres accidents. Si on peut admettre qu'assez facilement on peut se rendre maître des hémorragies, on est pratiquement complètement désarmé devant les complications septiques; et il faut avouer qu'on est après une césarienne, souvent totalement impuissant quand surviennent ces complications à l'abri desquelles la femme n'est pas mise du fait de l'opération. C'est là le point essentiel du problème de la césarienne dans le placenta prævia et c'est pourquoi il faut être particulièrement réservé et prudent dans le choix d'un procédé thérapeutique.

A côté de ces accidents immédiats liés à l'acte opératoire, il faut envisager toute une série de complications éloignées qui n'apparaîtront qu'au cours des grossesses ultérieures. La césarienne en effet laisse un

utérus anormal, diminué dans ses moyens, et l'état de la cicatrice est à l'origine de multiples accidents tardifs. Les uns tiennent aux adhérences que l'utérus contracte avec les organes voisins, accessoirement avec le placenta comme l'ont montré MM. Brindeau et Hauch en particulier. Dans 50 0/0 environ des cas, il faut compter trouver des adhérences utéro-pariétales (Bar et Pinard); quoique lâches, peu serrées, elles peuvent au cours de nouvelles grossesses gêner l'expansion utérine et expliquer certains avortements et accouchements prématurés. De même elles pourront apporter un obstacle à la marche régulière du travail, être la cause de présentations vicieuses et constituer une gêne plus ou moins grande aux interventions qu'on peut être obligé de pratiquer; de même encore, quand elles se fixent à l'intestin, elles sont susceptibles de causer des accidents et en particulier de l'occlusion intestinale. Non seulement elles sont douloureuses, elles s'accolent à la paroi utérine, à l'épiploon ou à l'intestin, mais encore (cas de Brindeau, Voron, Tixier), elles peuvent entraîner, au moment du travail, des troubles manifestes par l'exagération de phénomènes douloureux et par les anomalies de contractions qu'elles provoquent. Ces adhérences, toutefois, ne constituent pas en général un obstacle très sérieux et ne tiennent qu'une petite place dans les causes des accidents qu'on observe tardivement après la césarienne.

Il n'en est pas de même des complications liées à l'état de la cicatrice. En dehors, en effet, de risques de cicatrisation incorrecte, la femme peut, du fait de la césarienne, courir tardivement d'incontestables dangers. Dès 1909, M. Couvelaire, dans son rapport à la Société obstétricale de France, insistait tout particulièrement sur la menace permanente de rupture qui guette les femmes césarisées. Il montrait que les conditions de

la cicatrisation dans ce cas sont très particulières, que l'utérus « post-partum » est un organe qui se contracte et se relâche, que la suture est constamment mobilisée, ce qui empêche souvent l'exacte coaptation des lèvres de la plaie. Il rappelait que cette cicatrice est souvent constituée par une lame conjonctive dans laquelle se rencontrent quelques fibres musculaires et la possibilité pour cette suture peu élastique de devenir œdémateuse et lâche. En réalité, on sait aujourd'hui que cette transformation conjonctive, qui doit être considérée comme la plus fréquente, peut ne pas exister toujours, et comme le notait, en 1923, Audebert en entreprenant l'étude des sutures de césariennes conservatrices, on peut observer une régénération véritable et complète de la paroi. Sans doute le pourcentage qu'il donne en estimant à 73 0/0 des cas la cicatrice musculairement parfaite est trop élevée; il n'en est pas moins certain que cette régénération existe et ne fait que confirmer l'apparence qu'on en a, en examinant certains utérus autrefois sectionnés et en constatant que ceux-ci ne présentent plus de traces visibles d'incisions antérieures. Cette régénération parfaite, si complète qu'on la puisse souhaiter, suffira-t-elle pourtant pour rendre au muscle utérin toutes ses propriétés physiologiques? Peut-on affirmer qu'une telle cicatrice est réellement bonne et ne sera pas déficiente à un moment déterminé? Au contraire, la diminution de la résistance utérine, cette possibilité de voir survenir une rupture de l'organe au cours d'accouchements ultérieurs, constituent-elles un risque tel qu'on doive écarter dans la plus grande mesure possible le recours à l'intervention? Les travaux publiés dans ces dernières années sur l'avenir des femmes césarisées sont assez concluants sur ce point. Il est vrai que la cicatrisation est loin d'être toujours irréprochable, il est également vrai que des

ruptures favorisées par les causes qui entraînent la distension du globe utérin et qui tendent aussi à l'exagération des contractions sont toujours possibles. Mais de même qu'il est admis qu'en présence d'une cicatrice en apparence parfaite, des ruptures peuvent être observées sans qu'on puisse invoquer ni l'effort exagéré, ni la tension excessive, ni encore un accident survenu au cours du travail, de même, on connaît de nombreux cas de grossesses survenues, dans des utérus d'apparence peu résistants et fragiles, au cours desquelles on a pu noter l'existence de cicatrices minces, sans que l'utérus ait présenté le moindre signe de défaillance ou entraîné le plus petit accident. L'opérée de Segond que cite M. Couvelaire est particulièrement probant, puisque lors de l'hystérotomie pratiquée à la cinquième grossesse, six ans après la première opération, il a pu retrouver un amincissement extrême de la paroi qu'il avait du reste déjà constaté après la première opération. L'exemple publié par Grosse chez une femme (en 1914) porteuse d'une fistule utéro-pariétale est également des plus démonstratifs. Quant aux observations de grossesses se développant normalement, le travail s'accomplissant sans incident chez des femmes antérieurement césarisées, elles sont extrêmement nombreuses. Parmi celles-ci, citons l'observation récente de Grosse qui rapporte l'exemple d'une femme ayant accouché trois fois spontanément après la césarienne. Néanmoins, quelle que soit l'évolution histologique de la plaie utérine, il n'en reste pas moins qu'on ne peut pas être absolument certain de la solidité d'une cicatrice post-césarienne. Seul un toucher intra-utérin, le plus souvent irréalisable, pourrait, en décelant l'amincissement de la suture, permettre de suspecter la cicatrisation. Dans quelle proportion peut-on estimer les chances de ruptures? Audebert, en se basant sur les statistiques

des vingt dernières années, estime que la fréquence de ces accidents est d'environ 6 0/0 et qu'il lui semble qu'elle devienne de plus en plus rare. Cette constatation n'a rien qui doive étonner. Nos savons que la mauvaise cicatrisation n'est dans certains cas que le résultat d'une technique défectueuse, d'une infection au niveau des fils, ou de l'élimination de ces derniers. Ces causes ont été profondément modifiées par les perfectionnements des procédés opératoires et par les progrès de l'asepsie. En pratique, lorsque la suture de la brèche utérine a été soigneusement exécutée, lorsque l'infection ne vient pas troubler la cicatrisation, toutes chances existent pour que la paroi soit résistante et pour qu'on puisse espérer qu'elle supportera sans dommage les efforts d'une grossesse et d'un travail ultérieurs. Le risque de rupture utérine ne compromet donc pas considérablement l'avenir des jeunes opérées. Il tend, comme l'écrivait M. Couvelaire en 1920, à devenir minime. Il laisse à la femme la possibilité de nouvelles gestations dont l'évolution peut être normale. Nous n'oublions pas cependant que le danger de rupture existe pourtant dans 6 0/0 des cas et que celui-ci comporte la limitation des grossesses. Si donc, nous sommes en droit de dire que la mauvaise cicatrisation peut être évitée dans une certaine mesure, nous penserons néanmoins que la césarienne est une opération sérieuse dont les indications ne s'imposent que devant des motifs importants. Si le danger au cours de la deuxième grossesse est en réalité faible, comme le prouvent les travaux des auteurs qui se sont attachés à étudier la question de l'avenir des femmes césarisées, celui-ci augmente considérablement avec la troisième. « Quand, écrivait M. le Professeur Bar en 1919, la cicatrice est distendue lors de grossesses ultérieures, les couches musculaires qui n'ont pas été soudées (et l'expérience

montre que ce sont toujours les couches profondes) se laissent écarter et une zone amincie se produit. Qu'une nouvelle section soit pratiquée sur cette zone et que la suture laisse encore échapper quelques faisceaux, il est bien évident qu'un risque de rupture très sérieux sera créé à une troisième grossesse. Ainsi s'expliquent les nombreuses observations dans lesquelles on a noté l'imminence de rupture à une troisième ou à une quatrième section césarienne. » Tout ce que nous venons de dire s'applique, bien entendu, à la césarienne classique. Peut-être, comme certains l'ont prétendu, la cicatrice est-elle meilleure avec la suprasymphysaire. Nous n'avons sur ce point aucune donnée, sinon la récente publication de Martius (1924) qui défend cette opinion.

Telles sont résumées les multiples raisons qui nous obligent à conclure *qu'à l'heure actuelle encore, la section césarienne n'est pas une opération bénigne et sans risques*. C'est parce qu'elle comporte des complications de trois ordres d'inégale importance :

Au premier plan et de beaucoup la plus importante : la possibilité de complications infectieuses.

Au second plan : la limitation obligée des grossesses.

Au troisième plan : les risques de ruptures tardives.

Enfin très accessoirement les accidents hémorragiques tardifs.

C'est pourquoi on comprend qu'il faille rester prudent dans ses indications, lesquelles doivent rester limitées dans l'insertion basse.

IV. — LE PLACENTA PRÆVIA EST UNE DYSTOCIE PASSAGÈRE

Il ne faut pas perdre de vue dans le choix d'un traitement à instituer contre les accidents qu'elle entraîne, que l'insertion basse est une dystocie essentiellement

passagère. Si déjà l'hystérotomie est une intervention sérieuse dans une dystocie permanente, combien à plus forte raison devra-t-elle autant que possible être évitée dans le cas qui nous intéresse. Aussi, dès la publication de Krönig et Selheim, cet argument fut-il mis en avant que nous trouvons en 1910 résumé dans un article de Mouchotte : « L'insertion vicieuse du placenta est une complication obstétricale passagère, liée à la grossesse en question. Le plus souvent, elle ne se reproduit pas lors d'autres grossesses. Elle ne constitue pas comme les sténoses pelviennes une dystocie, permanente, persistante, qui se retrouve lors de chaque parturition. Dans le cadre de la dystocie pelvienne, la césarienne trouve toujours ses indications de plus en plus fréquentes et impérieuses. Il n'en est pas de même dans celle de l'insertion vicieuse du placenta. L'insertion vicieuse relève surtout et avant tout d'une thérapeutique qui ménage la fonction. Et voilà pourquoi la méthode préconisée par M. le Professeur Pinard aura toujours pour elle des accoucheurs prudents, soucieux non seulement de sauvegarder dans la plus large mesure la vie des mères, mais d'assurer à celles-ci la possibilité de réparer dans l'avenir le désastre fœtal présentement inévitable. »

Sans doute cet argument que le placenta prævia est une dystocie passagère a une incontestable valeur et doit rendre l'accoucheur plus réservé vis-à-vis de la césarienne. Cependant, il ne faut pas oublier que les risques de l'opération ont à l'heure présente nettement diminué et que cet argument n'a plus autant de valeur aujourd'hui. De même qu'on discute de l'opportunité de la césarienne dans les accidents passagers de la grossesse et du travail, comme l'éclampsie, la pro-cidence du cordon, les gros enfants, de même, le bien-fondé de l'intervention en cas d'insertion basse peut

être parfaitement accepté, quoique la dystocie ne soit pas permanente.

Le fait que l'accident n'est que transitoire, tout en augmentant notre réserve vis-à-vis de la chirurgie, ne doit à l'heure actuelle que légèrement influencer notre décision.

V. — LA CÉSARIENNE EST-ELLE TOUJOURS JUSTIFIÉE POUR L'ENFANT ?

En ne considérant que le problème de la vie de l'enfant, est-il possible de trouver des raisons qui montrent que la césarienne n'est pas toujours justifiée ? Nous savons et il suffit pour s'en rendre compte de consulter n'importe quelle statistique, combien les enfants dont le placenta est bas inséré sont parfois des prématurés et des débiles, qui auront des chances de mourir dans les jours qui suivent la naissance. Loin de plaider en faveur d'une intervention, la fréquence de ces décès d'enfants nés avant terme, débiles ou non viables, constitue un argument extrêmement important contre l'emploi de la chirurgie, surtout si on considère cette dernière comme n'apportant pas à la mère des avantages notablement plus grands que ceux qu'elle peut tirer d'une intervention obstétricale. Aussi, un grand nombre d'auteurs ont-ils trouvé dans cette débilité fréquente en cas de placenta prævia, un motif suffisant pour rejeter la méthode opératoire. Si celle-ci, disent-ils, pour les enfants donne des résultats immédiats, satisfaisants et indubitablement plus brillants que les procédés habituels, ces résultats sont parfois plus apparents que réels, car les enfants meurent dans les jours qui suivent l'opération. La proportion des enfants nés avant

terme est en effet considérable, et on ne saurait incriminer la méthode obstétricale des nombreux décès qu'on voit survenir après l'accouchement; de même qu'on ne pourrait considérer comme raisonnable une intervention qui se proposerait comme but exclusif de sauver des produits débiles dont la vitalité est plus ou moins compromise. La débilité congénitale explique suffisamment les causes de la mort de ces enfants, qui n'ont présenté aucun signe de souffrance au cours du travail. De nombreux auteurs, parmi lesquels Routh, Schauta, Novak, ont estimé à 30 0/0 la proportion des enfants prématurés en cas de placenta prævia. Mouchotte, en 1910, sur 183 produits, trouve 46 morts *in utéro*, 11 enfants nés vivants mais débiles et succombant après quelques heures ou quelques jours. On peut donc conclure que chez les prématurés, qui en raison même de leur débilité et en l'absence même de traumatisme courent souvent de gros risques, il est déraisonnable d'intervenir chirurgicalement. A plus forte raison si ces prématurés présentent au début du travail des signes de souffrance. Dans un grand nombre de cas, il semble donc que la vie de l'enfant déjà considérablement compromise ne doive pas entrer en ligne de compte ni influencer sur le choix du traitement. Mouchotte, examinant en détail les statistiques de la clinique Baudeloque en 1910, montrait que sur 82 enfants morts ou inaptes à la vie extra-utérine en cas de placenta prævia, cinq fois seulement étaient réunies les conditions indispensables pour permettre de venir au secours d'enfants bien développés et cliniquement bien portants en utilisant la voie haute. Schauta, en 1919, en répliquant aux arguments de la césarienne systématique, déclarait que sur 83 cas de placenta prævia observés sur 53.000 accouchements, il n'en avait pas rencontré un seul remplissant les conditions à son avis indis-

pensables pour autoriser cette opération en ne considérant que l'intérêt de l'enfant.

Ces différentes observations plaideraient donc, et dans quelle mesure, en faveur des anciennes méthodes! Il est encore un autre argument, capital lui aussi, contre l'emploi de la chirurgie. En étudiant les statistiques portant sur 62 enfants, M. Couvelaire montre que le pourcentage de mortalité décroît avec le degré de maturité de ces enfants. « Plus l'enfant est développé, plus il est pratiquement viable, plus il est capable d'inviter à l'opération césarienne, moins il court de risques de succomber au cours de l'accouchement par les voies naturelles. » C'est ainsi que sur 19 enfants pesant plus de 3 kilos, 10 sont sortis vivants de l'hôpital. En ne considérant que l'intérêt de l'enfant, la légitimité de l'intervention chirurgicale se trouverait donc, après ce que nous venons d'exposer, considérablement réduite, elle devrait rester une intervention d'exception et ici encore, on n'en saurait admettre la pratique systématique.

Sans doute tous les enfants ne peuvent tirer bénéfice de l'opération. Celle-ci cependant doit-elle être aussi exceptionnelle que le veulent certains auteurs? Aux divers arguments si impressionnants que nous avons rapportés que peut-on répondre? Le point essentiel est de savoir si un grand nombre de produits de conception rentre dans la catégorie d'enfants vivants et à terme. En relevant les chiffres trouvés dans quelques-uns des travaux les plus récents au sujet du traitement du placenta prævia, il nous semble que la proportion d'enfants prématurés est incontestablement moins grande que celles qu'accusent ceux qui ont défendu les anciens procédés. Bower (1923), relevant les observations de 219 enfants nés de prævia, en trouve 28, soit 12.79 0/0 d'un poids inférieur à 2.000 grammes (87.11 0 0

de la totalité étaient viables). Dans un tableau détaillé il montre d'ailleurs que le poids du plus grand nombre des enfants varie entre 2.000 et 3.000 grammes. Radecki (1924), sur 196 enfants, trouve 48 prématurés (pesant moins de 2.000 gr.). Schoenholz (1924), sur 102 produits de conception, en trouve 25 non viables. Tous ces chiffres concernent bien entendu le total des enfants prématurés sur l'ensemble des placenta prævia rencontrés et indifféremment traités par l'une ou l'autre méthode. Il ressort que tous les enfants ne sont pas en cas d'insertion basse justiciables de la césarienne et il est évident qu'à part certaines circonstances tout à fait exceptionnelles, on interviendra peu, chirurgicalement, chez les femmes loin de leur terme.

Il n'en reste pas moins vrai qu'un grand nombre d'enfants tireraient avantage de l'opération. En effet, si on fait le total des enfants extraits par césarienne, quel que soit le procédé, on constate que le chiffre des prématurés est faible, comme on peut s'en rendre compte par le tableau suivant portant sur certains résultats publiés ou que nous avons recueillis en 1924.

	Nombre d'enfants extraits par césarienne	Produits pesant moins de 2.000 grammes	Années
	—	—	—
Schulte.....	25	3	1924
Radecki.....	32	2	1924
Schoenholz...	48	2	1924
Ballhorn W..	10	3	1925
Walthard....	51	13 (morts avant l'opé- ration, ayant un poids inférieur à 2000 gr. ou présentant une malformation)	1924 1924
Essen-Moller.	35	4 (dont 2 jumeaux prématurés)	1924
Hauch.....	11	2	1924
Georgiu.....	3	1	1924

Au même titre que nous donnons ces chiffres, nous pourrions apporter un certain nombre de noms d'auteurs qui ne nous accusent pas un seul enfant prématuré extrait par césarienne. D'ailleurs, si nous considérons les cas de césariennes pour placenta prævia que nous avons relevés personnellement et qui furent pratiqués depuis 1922 (Brindeau, Jeannin, Metzger, Le Lorrier), nous ne trouvons que 1 prématuré d'un poids inférieur à 2.000 grammes. La plupart des enfants ont d'ailleurs un poids dépassant 2.500 grammes.

Sans doute, on peut dire que ces enfants seraient venus au monde vivants si on avait employé des procédés obstétricaux et si ceux-ci avaient été appliqués avec toutes les précautions désirables et une technique parfaite. Nous ne le croyons pas, et il nous paraît que non seulement on doit s'attendre à trouver un grand nombre d'enfants à terme ou près du terme susceptibles de tirer avantage de l'opération, mais encore, que ces avantages sont et de loin infiniment supérieurs à ceux fournis par l'emploi des interventions obstétricales. Sur un total de 376 cas de césariennes pratiquées pour placenta prævia qui nous sont communiquées, nous trouvons 67 décès d'enfants, soit une mortalité totale infantile de 17,82 0/0, chiffre très satisfaisant. Il semble donc que la césarienne est incontestablement plus avantageuse pour l'enfant que les autres procédés, et c'est ainsi que conclait Hitschmann, pourtant partisan des anciennes méthodes, dans son travail paru sur le placenta prævia en 1921.

L'opération d'ailleurs peut se justifier en dehors de toute considération de l'enfant et lorsqu'elle est indiquée en raison d'accidents graves courus par la mère, elle reste une intervention parfaitement raisonnable même si l'enfant est mort. Nombreuses sont les observations rapportées sur ce point.

En résumé, on doit, malgré les arguments invoqués, conclure à la supériorité des procédés chirurgicaux vis-à-vis de l'enfant et on ne peut pas ne pas considérer comme un progrès une méthode qui abaisse le pourcentage de mortalité fœtale à condition qu'elle ne soit pas néfaste pour la mère. Mais de même qu'elle ne sera pas indiquée pour la mère dans tous les cas indistinctement, de même la vie de l'enfant n'est pas toujours une indication formelle à l'emploi de la chirurgie.

VI. — LA DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC D'INTERVENTION

Le gros argument, celui qui a le plus de valeur et qu'invoquent à l'appui de leur opinion les adversaires de la césarienne dans l'insertion vicieuse, repose sur ce fait que le diagnostic d'intervention en cas de placenta prævia est dans un grand nombre de cas extrêmement difficile à établir. Si, disent-ils, nous admettons la césarienne dans des cas bien déterminés, si nous ne la discutons pas dans ceux où elle s'impose véritablement (rigidité du col, hémorragie abondante), sur quoi nous baserons-nous bien souvent, pour préférer la méthode chirurgicale aux autres moyens? Sont nombreux en effet les cas où la première ne s'impose pas d'une façon absolue. Il est fréquent de se trouver en présence d'une femme dont l'hémorragie est moyenne et n'a pas ce caractère de gravité qui exige l'évacuation immédiate de l'utérus. Chez ces dernières, nous pouvons espérer par les procédés classiques arrêter l'écoulement du sang, par la pose d'un ballon par exemple, ou même voir la femme entrer en travail et accoucher spontanément sans accident. Or, que disent certains interventionnistes? Dès l'instant que la femme saigne ou a saigné, que sa dilatation est peu avancée,

il faut intervenir chirurgicalement : on ignore ce qui se passera au cours du travail ; en repoussant la césarienne on risque de faire courir à la mère de gros dangers, qui peuvent être pour quelques-uns mortels.

Si, pour un instant, avec les partisans de la césarienne systématique, on accorde que les anciens procédés sont souvent insuffisants, irons-nous dans tous les cas pratiquer l'hystérotomie avec ses risques ? Il n'y a aucune raison alors de ne pas pousser plus loin le raisonnement, et l'on doit à l'exemple de certains interventionnistes étrangers opérer toute femme qui saigne, même légèrement, ou qui a saigné à la fin de sa grossesse avec cette idée que les procédés ordinaires étant incertains et lents, la femme peut faire une hémorragie grave, une rupture utérine ou des accidents infectieux. Agir de la sorte c'est faire la césarienne systématique, pratique qui, comme nous l'avons montré, pour de multiples raisons doit être rejeté.

Mais, disent les interventionnistes plus modérés, si intervenir dans tous les cas est une erreur et une faute, la césarienne trouve son indication devant certains accidents et dans des conditions bien déterminées. Elle sera alors pratiquée lorsque la femme saigne abondamment avec un col fermé ou à peine dilaté, lorsqu'en un mot l'hémorragie est abondante et qu'on n'a pas, dans des conditions reconnues difficiles, vu l'état du col, le moyen de répondre obstétricalement à l'accident qu'on observe et qui peut se prolonger. Raisonner de la sorte c'est dire qu'on laisse de côté les hémorragies légères. Quelle sera alors l'indication de l'intervention en dehors des cas où la femme perd beaucoup ? et qu'est-ce qui nous fera dire que l'hémorragie est suffisamment abondante pour commander l'intervention ou trop peu intense pour la faire rejeter ? Si elle est faible, si on attend, on risque non seulement la nouvelle perte de

sang, mais aussi, en augmentant les possibilités d'infection, on diminue de plus en plus les chances de réussite. Or, en pratique, les femmes saignent souvent moyennement et il est souvent très difficile en présence de deux cas d'hémorragies de dire avec certitude : dans l'un il faut intervenir au début du travail alors qu'on ignore comment se comportera le col, dans l'autre il y a nécessité de s'abstenir. C'est là en définitive le point délicat du problème du traitement du placenta prævia. Il est évidemment impossible de donner une règle pour tous les cas qu'on peut rencontrer, il est évident qu'il est nécessaire que les accidents qu'on observe aient une certaine intensité. Ainsi ce serait une erreur d'opérer systématiquement même une primipare qui a saigné une fois au cours de sa grossesse, si la seule hémorragie qu'elle a présentée a été légère. Si l'accident n'a pas revêtu une certaine gravité, quoique nous sachions qu'il est pathognomonique de l'insertion basse, nous nous contenterons de mettre la femme en observation rigoureuse. Tout en cherchant à établir dans la mesure du possible des règles déterminées, nous devons déclarer qu'en définitive ce sera sur son expérience personnelle, sur les impressions nées de l'observation qu'il a sous les yeux, que l'accoucheur devra se reposer pour trouver sa ligne de conduite. Il sera souvent extrêmement embarrassé, et s'il n'hésite pas dans les cas bien déterminés, il sera fréquemment, suivant la conclusion de M. Lequeux dans son cours à la clinique Tarnier (1921), « obligé de demander à sa conscience la solution d'un problème bien ardu qui met en péril deux existences dont il a la charge ».

VII. — LA CÉSARIENNE EST-ELLE TOUJOURS RÉALISABLE
DANS DE BONNES CONDITIONS, ET N'Y A-T-IL PAS POUR
CETTE RAISON DANGER À ENSEIGNER QU'ELLE EST LE
TRAITEMENT DE CHOIX DU PLACENTA PRÆVIA?

Il est en effet difficile souvent, sinon impossible, de réaliser les conditions pratiques indispensables à l'intervention chirurgicale. Que fera alors le médecin devant l'imminence d'un accident, qui mettant en danger la vie de la mère et de l'enfant, lui commande d'intervenir et l'oblige à considérer ce cas de *prævia* comme une urgence où il est tenu d'agir très rapidement? Beaucoup d'auteurs ont insisté sur cet argument, et dès 1909, après les publications de Krönig et de Selheim, cette critique était déjà formulée, à savoir : qu'il n'est pas toujours possible de pratiquer la césarienne dont la réalisation exige la présence d'un opérateur qui en possède la technique, d'un aide, d'un outillage indispensable et d'un milieu approprié. Appelé d'urgence auprès d'une femme qui saigne, le médecin n'aura pas toujours ces moyens à sa disposition; en particulier à la campagne l'intervention chirurgicale serait donc loin d'être toujours possible. Que faut-il penser de cet argument et de ses difficultés? S'il est vrai que dans la grande hémorragie, d'emblée massive, le médecin peut n'avoir ni le temps ni les moyens de faire transporter à l'hôpital la femme qui saigne, il faut songer que cette éventualité clinique est en réalité très exceptionnelle. Forcé par les circonstances, n'ayant que ses propres moyens à sa disposition, il sera bien entendu obligé de recourir aux anciennes méthodes, tout en estimant que le cas qu'il traite est justiciable d'une intervention chirurgicale. Mais en pratique, dans l'immense majorité des

cas, la femme qui a un placenta prævia a eu des accidents antérieurs; il est tout à fait exceptionnel que la grande hémorragie dangereuse du début du travail survienne d'emblée sans avoir été annoncée par de petites pertes de sang prémonitoires plus ou moins répétées. C'est pourquoi, le plus ordinairement, il est possible de conduire la femme dès le premier accident dans un hôpital ou une clinique où elle sera mise en observation et où, dans un milieu favorable, on pourra facilement intervenir le cas échéant.

Mais ne risque-t-on pas, si l'on enseigne que la méthode chirurgicale est le véritable traitement des accidents de l'insertion basse, de voir opérer des femmes qui seront justiciables des procédés classiques? Et étant donné les difficultés du diagnostic d'intervention, n'expose-t-on pas le médecin à opter en faveur d'une intervention inutile? Nous verrons plus loin ce qu'on peut répondre à cet argument.

Telles sont, en tout cas, les différentes raisons qui en cas d'insertion vicieuse plaident en faveur de l'intervention chirurgicale ou contre son emploi. Si dans des cas bien déterminés ce diagnostic est suffisamment net pour commander l'intervention, si les accidents sont assez intenses pour lever toute hésitation, très souvent l'opération ne s'impose pas et la discussion est possible. Sur quels éléments doit-on alors se baser pour se décider en faveur de l'une ou l'autre méthode? Quelle est la valeur de ces différents éléments?

DANS QUELLES CONDITIONS DOIT-ON INTERVENIR

De ce que nous avons exposé que conclure? Avant tout, au rejet de la césarienne systématique parce que :

1^o La césarienne comporte encore à l'heure actuelle trop de risques immédiats ou tardifs, au premier plan desquels il faut placer l'infection;

2^o La césarienne est loin d'être toujours indiquée en ce qui concerne la mère;

3^o La question de l'enfant n'est pas toujours une indication formelle en faveur de l'intervention.

Donc pas de césarienne systématique.

Par contre : extension de ses indications. A cet égard si on relie les publications parues sur la question du placenta prævia, on se rend compte qu'à part quelques interventionnistes très convaincus, qui à la suite de certains Allemands opèrent presque systématiquement, la plupart des accoucheurs professent l'opinion que nous exposerons, et que les réponses que nous avons sollicitées de diverses personnalités viennent appuyer. Sans doute ces dernières prouvent que les exemples de césariennes pour prævia se multiplient, que ses indications s'élargissent, elles montrent aussi que le plus grand nombre des auteurs n'ont recours à la chirurgie que dans des cas particuliers.

Quelles sont donc les circonstances dans lesquelles elles sont indiquées?

Il est aussi difficile aujourd'hui qu'autrefois de fournir des indications définitives sur ce point. Si dans des

cas précis l'hésitation n'est pas permise. nombreux sont ceux dans lesquels on ne peut établir de règles, où le choix est subordonné à l'appréciation de l'accoucheur.

Certaines conditions générales cependant doivent être réalisées pour qu'on soit autorisé à intervenir et les principes essentiels qui sont à la base de toute césarienne conservent leur valeur en cas de placenta prævia. Quels que soient les cas particuliers, il est nécessaire que soient remplies les conditions suivantes :

- a) *La grossesse doit être à terme ou près du terme;*
- b) *L'enfant doit être vivant;*
- c) *L'œuf ne doit pas être infecté ou sous menace d'infection.*

Telles sont les conditions générales; à côté d'elles les indications particulières seront établies sur les éléments suivants :

- La variété de l'insertion placentaire;*
- La marche des hémorragies;*
- L'état du col;*
- L'infection des voies génitales;*
- Les facteurs accessoires à l'intervention.*

A. — Indications opératoires tirées de la variété d'insertion placentaire

La plupart des auteurs semblent à l'heure actuelle d'accord sur un point : *la nécessité de l'intervention chirurgicale dans le cas d'insertion centrale ou plus exactement couvrante du placenta.* C'est l'opinion exprimée dans la plupart des réponses que nous avons reçues. Les partisans des anciens procédés eux-mêmes semblent dans ces cas particulièrement graves opter en faveur de la chirurgie. Chaque fois que l'insertion placentaire couvre l'orifice interne du corps, le dia-

gnostic en ayant été fait à temps et les conditions indispensables à son exécution étant réalisées, on peut dire que la césarienne est le traitement de choix à condition que l'opération soit précoce. Mais est-il toujours possible de faire d'une façon précise ce diagnostic d'insertion centrale? Parfois le doute n'est pas permis, la dilatation rend possible l'introduction de l'index dans le col et permet d'arriver sur le placenta qu'on trouve recouvrant l'orifice cervical. Il n'en est pas toujours de même; il est fréquent qu'au toucher, le doigt introduit dans le col tombe sur des caillots plus ou moins abondants et non sur des cotylédons. Les signes recueillis peuvent cependant fournir des présomptions suffisantes. L'épaississement, l'empâtement du segment inférieur, l'élévation et la grande fixité du col qui, lorsqu'on le mobilise, déclanche parfois l'hémorragie, la hauteur anormale de la présentation, la sensation qu'on éprouve d'avoir comme interposé entre le pôle qui se présente et le doigt un véritable matelas, sont des signes suffisants qui permettront de penser à une insertion centrale et constituent des éléments sur lesquels on peut baser son diagnostic. Celui-ci en tout cas doit être rapide, l'hésitation pouvant être préjudiciable à la mère. Possible dans certains cas, le diagnostic du placenta couvrant est souvent très difficile et c'est seulement quand la dilatation est déjà assez avancée qu'on peut l'établir. Le fait de constater chez une femme à la fin de la grossesse ou au début du travail des hémorragies coexistantes avec un placenta couvrant, constitue en tous cas une indication formelle à l'intervention chirurgicale, quelle que soit la parité de la femme en question. Les exemples de césarienne pratiqués dans ces conditions sont nombreux qu'il nous serait facile de rapporter.

OBSERVATION II

(Service de M. le Professeur Jeannin)

N... Léonie, III-pare, 37 ans.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels, deux grossesses antérieures 1920, 1922 à terme, une fille et un garçon vivant.

Troisième grossesse actuelle : 8 mois environ. D. R. 26 août.

1^{er} mai. — Siège mobile, dos à droite, bruits du cœur bons. La femme déclare avoir la veille perdu du sang rouge sans pouvoir préciser davantage les conditions de cette perte.

6 mai. — Mêmes signes à l'examen, siège élevé, fœtus très mobile.

8 mai à 22 heures. — Nouvelles pertes qu'on évalue à 150 à 200 grammes de sang rouge avec caillots. Aucune douleur.

10 mai. — Troisième hémorragie dans la nuit, plus forte que la précédente, toujours spontanée et indolore. Elle passe à la salle de travail avec 37 degrés de température et 112 au pouls.

11 mai. — A partir de 16 heures l'hémorragie un moment arrêtée reprend peu abondante mais continue, suintement persistant avec quelques intermittences *jusqu'au lendemain midi*. Le pouls oscille entre 90 et 120, température 37°3. A l'examen de la femme on constate par le toucher que le col est perméable sur toute la longueur, le doigt introduit dans le col étant directement en contact avec les cotylédons ; les membranes ne sont pas perceptibles. Il s'agit d'un placenta *prævia cental*.

A 13 h. 45 on décide d'intervenir et on pratique sur cette femme une césarienne haute conservatrice (Anesthésie : éther).

Fille vivante pesant 2.300 grammes, délivrance pesant 380 grammes, suites de couches normales.

OBSERVATION III

(Service de M. le Professeur agrégé Metzger)

Mme L. P., 49 ans, XIV-pare

Antécédents personnels. — Pas de maladies d'enfance.

Régulièrement réglée.

Treize grossesses antérieures (12 normales à termes, la septième à 7 mois (enfant mort), 10 enfants vivants, 2 enfants morts.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 10-14 décembre 1923.

Grossesse normale jusqu'au 10 août 1924.

A cette date : Brusquement hémorragie abondante par le vagin. La femme se couche. L'hémorragie cesse.

Pendant dix jours elle reste couchée.

Le 25 août, un médecin consulté diagnostique : Présentation du siège ; placenta prævia, et conseille l'entrée à l'hôpital.

Le 27 août elle entre à la Maternité de Tenon.

Dès son lever, l'hémorragie reprend.

Le 27 août : Examen d'entrée (M. Metzger). La femme perd peu. Col perméable. Le doigt introduit dans le col tombe directement sur le placenta. Aussitôt, hémorragie très intense. L'enfant est vivant, tête en bas, mobile.

On décide intervention, après tamponnement. Césarienne abdominale conservatrice corporéale. Incision pariétale classique de l'utérus. Abondant liquide amniotique non coloré.

Extraction enfant vivant pesant 2.900 grammes. Délivrance artificielle.

On hésite à faire l'hystérectomie ; on pense pouvoir faire intervention conservatrice. Suture en deux plans. Soies. Catgut.

On ramène l'épiploon sur la ligne de suture. Fermeture paroi en 3 plans.

La femme a présenté un peu de température dans les suites de couches, laquelle a rapidement disparue. La mère et l'enfant ont quitté la Maternité en bonne santé.

OBSERVATION IV

(Service de M. le Professeur Jeannin)

D... Jeanne, IV-pare, 37-ans.

Rien de remarquable dans les antécédents; réglée à 13 ans, a eu deux enfants vivants et en bonne santé.

Grossesse actuelle. D. R. 21 au 24 mars, normale jusqu'au 21 décembre, urines normales. A cette date la malade est prise brusquement au milieu de son travail d'une perte sanguine extrêmement abondante; elle se couche.

22 décembre. — Le matin nouvelles pertes moins abondantes qui cessent rapidement. Le soir elle a de nouveau une hémorragie (la troisième en deux jours) toujours sans douleur.

23 décembre. — Entrée; examen d'entrée: Grossesse à terme, tête mobile tendant à glisser dans la fosse iliaque gauche. Dos à droite, siège dans l'hypocondre droit qui présente un ballottement assez semblable à ce que donnerait une deuxième tête. Bruits du cœur normaux. La présentation haute, ne se sent pas au toucher. Col haut avec tous les caractères d'un col de multipare, le segment inférieur n'est pas formé. Le col est déhiscent, l'orifice interne est suffisamment ouvert pour qu'on puisse pénétrer dans l'utérus et le doigt tombe directement sur la masse placentaire qui saigne abondamment. Nulle part on ne peut atteindre les membranes. On porte le diagnostic de *placenta prævia central*. M. Jeannin décide l'intervention. L'état général est très bon. la femme a un faciès très coloré, le pouls plein, bien frappé à 80, température 37°4.

Césarienne haute conservatrice, naissance fille vivante de 3.500 grammes, délivrance complète pesant 50 grammes ; suites de couches normales.

Si on est intervenu à temps, dans de bonnes conditions, l'intervention a donc des chances d'être efficace tout en sauvant la vie de l'enfant. La césarienne réunit d'ailleurs de plus en plus de partisans lorsqu'il s'agit d'un placenta couvrant et la plupart des observations parues dans ces dernières années d'interventions chirurgicales faites en France pour placenta prævia portent sur ce mode d'insertion placentaire. Elles furent suivies le plus souvent de succès, elles constituent un progrès incontestable et on peut dire que la césarienne est devenue le vrai traitement de l'insertion centrale. Quelle conduite tiendrons-nous maintenant lorsque l'insertion centrale n'étant pas diagnostiquée on pensera, en raison des hémorragies, à un placenta prævia latéral ou marginal ? C'est d'une part des caractères des hémorragies, d'autre part de l'état du col que la plupart des auteurs tirent aujourd'hui leurs indications opératoires.

B. — **Éléments tirés de la gravité des hémorragies**

Plusieurs cas sont à envisager. Nous verrons assez fréquemment des femmes entrer en travail après avoir beaucoup saigné et qui, après des pertes très abondantes dans les derniers mois de leur grossesse, sont arrivées à terme ou très près du terme profondément déprimées et anémiées. On a l'impression qu'elles ne peuvent plus supporter de nouvelles pertes et qu'il faut parmi les méthodes à choisir prendre celle qui est la plus rapide et la plus sûre. C'est alors à la chirurgie qu'il faut recourir, car elle seule a des chances de

sauver la mère et l'enfant. En vérité, chez les femmes extrêmement anémiées, prédisposées à l'infection, la césarienne peut se discuter et on pourra se poser la question : césarienne ou hystérectomie ? L'intervention en tout cas ici s'impose d'urgence, au même titre qu'elle peut parfois s'imposer chez des femmes très anémiées par des pertes de sang répétées au cours de fibromes par exemple et chez lesquelles on n'a pas le temps matériel de commencer un autre traitement. Il faut donc agir vite et si les insuccès sont parfois rencontrés avec la méthode chirurgicale, la faute en est souvent à une opération trop tardive, à ce qu'on a laissé les hémorragies durer plus longtemps qu'il ne faudrait. En 1920, le Professeur Schikele de Strasbourg écrivait : « Le danger qui plane sur la mère ne provient pas tant de l'opération que de l'anémie aiguë par suite d'une perte brusque, très forte ou de plusieurs hémorragies répétées. C'est encore le danger provenant des accouchements antérieurs qui se sont suivis de près. Les organes hématopoïétiques n'ont pas suffi à refaire le sang perdu, à la nouvelle saignée l'organisme s'affaïssait. Ce n'est pas exagération que de dire que la plupart des femmes atteintes de placenta prævia ayant subi la césarienne et qui sont mortes meurent de leur anémie parce que opérées trop tard. »

L'étude du degré d'anémie, l'examen du sang, la recherche de la pression artérielle seront donc systématiquement pratiqués chez les femmes ayant beaucoup perdu. La constatation d'une anémie globulaire, la diminution de l'hémoglobine au-dessous de 70 0/0, la grande hypotension seront des indications à l'indication chirurgicale, parfois même un peu avant le terme de la grossesse. Il faut donc considérer comme graves ces hémorragies, même peu abondantes, mais qui par leur répétition amènent les femmes à un profond degré

d'anémie. Il faut songer que chez elles le pronostic sombre ne tient pas tant à l'abondance du sang perdu qu'à ses altérations. La longue durée des pertes, la moindre résistance de la femme vis-à-vis de l'infection sont capitales en ce qui regarde le résultat du traitement. Sans nier l'importance des accidents immédiats résultant des hémorragies ou du shock, il faut reconnaître que les complications infectieuses tiennent et de loin la première place. Par la méthode chirurgicale ils seront en tout cas réduits et sûrement moins grands que ceux auxquels on exposerait la malade avec les procédés obstétricaux. C'est pourquoi, sans être pleinement satisfaisante, la césarienne est véritablement l'opération d'urgence et doit être jugée comme la méthode la plus sûre et la plus rapide.

Nous rapportons à ce sujet une observation très intéressante due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Le Lorier.

OBSERVATION V

B... M..., 30 ans. III-pare.

Rien à signaler dans les antécédents personnels et héréditaires.

Deux accouchements normaux, deux enfants vivants.

Grossesse actuelle. D. R. juillet 1923.

Début de la grossesse normal.

20 février 1924. — Insidieusement à 4 heures pertes de sang, a duré deux heures.

23 février. — Nouvelles pertes abondantes. S'est reposée sans traitement jusqu'au 5 mars, date du premier examen : grossesse 6 mois 1/2 environ. Tête mobile au-dessus du D. S., enfant vivant, bassin normal. A bout de doigt on arrive sur la tête qui tend à filer dans la fosse iliaque gauche.

Cul-de-sac gauche plus spacieux que le droit et paraissant moins épais (M. Le Lorier).

20 mars. — Pas d'albumine. Température artérielle 5 1/2 moins 10, fœtus mobile, vivant, même signes à l'examen.

28 mars. — Entrée à l'hôpital à 6 heures parce qu'elle saigne depuis deux heures.

Le 25 a eu une hémorragie qui a duré une heure environ. A encore perdu du sang en petite quantité mais longtemps. A l'entrée on applique un bandage eutocique pour amener la tête qui file dans la fosse iliaque; à 22 heures, hémorragie abondante, pas de douleurs, tendance à la syncope.

29 mars, 17 heures. — Injection de 1/2 centimètre cube d'hypophyse prescrite par M. le Lorier pour tâcher de provoquer le travail. Contraction utérine au bout de trois minutes qui continue pendant un quart d'heure et cesse.

30 mars, 23 h. 30. — Légères pertes de sang.

31 mars. — Numération globulaire, 2.200.000 globules rouges. Ne perd pas, pas d'albumine, régime normal.

7 avril. — Nouvelles pertes de sang non évaluées.

8 avril. — Devant aggravation progressive de la malade il ne paraît pas utile à M. Le Lorier de continuer la grossesse. Opération césarienne décidée pour le lendemain. 1.800.000 globules rouges; 5 centimètres cube d'huile camphrée, 0,002 strichnine.

9 avril. — Dix minutes avant intervention, 1 gramme d'ergotine. 9 heures. Césarienne conservatrice avant tout début du travail.

Laparatomie médiane sus et sous-ombilicale, extériorisation de l'utérus, incision face antérieure, ouverture de l'œuf, extraction de l'enfant qui crie facilement (2.900 grammes). Extraction de l'arrière-faix sans difficulté, placenta inséré sur paroi postérieure de l'utérus et sur la presque totalité du segment inférieur. Fermeture de l'utérus en 2 plans: 1° Point séparé musculo-musculaire; 2° Surjet musculo-séreux. Fer-

mesure du ventre en 2 plans : 1^o Péritoine aponévrotique : point séparé au catgut ; 2^o Plan superficiel : agrafes de Michel et 3 crins. Après l'intervention expulsion d'un gros caillot pesant 700 grammes ; a perdu ultérieurement en outre environ 200 grammes de sang liquide.

Mais à côté des cas où la femme avant ou au début de son travail est conduite à l'hôpital dans un état d'anémie tel qu'on ne veut plus la voir saigner, il y a la grande hémorragie du début du travail. Après quelques pertes à la fin de leur grossesse, ces femmes présentent brusquement, au moment où elles commencent à entrer en travail, un abondant écoulement de sang avec caillots qui persistent sans tendance à s'arrêter et qui s'accompagnent d'une altération rapide de l'état général, chute de la tension, accélération du pouls, pâleur et tendances syncopales. C'est cette hémorragie d'emblée massive qui prend dès le début une extrême violence et qui met de suite en danger la vie de la mère. Elle peut être extrêmement grave, mais ne comporte pas habituellement un aussi sombre pronostic que la forme précédente, car les altérations globulaires sont moins marquées. Aucune possibilité pourtant dans ces cas où le col est à peine modifié de songer à évacuer l'utérus par les procédés habituels, en particulier chez la primipare. Parfois même la chirurgie sera impuissante. Nous en rapportons une observation particulièrement intéressante où l'hémorragie fut telle qu'en quelques minutes la femme fut saignée à blanc et mourut de shock dans les heures suivantes malgré une intervention immédiate.

OBSERVATION VI

(Service de Monsieur le Professeur Jeannin)

D... V..., II-pare, 29 ans.

Admise à la Pitié le 1^{er} juillet à 11 heures pour grossesse et hémorragie.

Antécédents obstétricaux : premier accouchement, n'a rien présenté de particulier.

Grossesse actuelle : à terme. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital la femme a eu une première perte sanguine légère. Ne s'en inquiète pas. Arrive à Paris dans sa famille pour accoucher. A peine arrivée (1^{er} juillet) elle perd abondamment au point de traverser un matelas. Le médecin appelé la fait conduire à l'hôpital.

Examinée dès son arrivée, la femme qui a encore un assez bon état général est conduite à la salle d'opération. Elle présentait une grossesse à terme, une présentation mobile. M. Jeannin trouve un orifice interne complètement recouvert par les cotylédons. Durant la courte préparation de l'intervention, la malade perd en extrême abondance Césarienne abdominale classique, extraction d'un enfant pesant 3.500 gr. Le placenta est inséré en avant et à gauche sur le segment inférieur (insertion centro-partielle). La malade meurt de shock dans l'heure qui suit l'opération.

De tels cas sont heureusement exceptionnels. M. Bar, en 1913, au Congrès de Londres, n'en pouvait rapporter qu'une seule observation sur 162 cas de prævia, soit 0,62 0/0. Au même titre on recourt au bistouri dans la grande inondation péritonéale, chez les femmes saignées à blanc après rupture d'une grossesse tubaire, de même, devant cette hémorragie très abondante, on ira, ce qui semble au premier abord paradoxal, de-

mander à l'intervention chirurgicale la solution, car elle seule permet de régler rapidement la situation. On peut donc de ce qui précède déduire : *indication formelle de la chirurgie que l'hémorragie qui par sa massivité et sa répétition met avant ou au début du travail la vie de la mère en danger*. Moins lente, plus sûre, plus efficace que les méthodes ordinaires, cette pratique doit donner de bons résultats, comme nous le voyons dans l'observation typique de Grosse (août 1920). Mais entre ces grosses hémorragies du début du travail et celles qui par leur répétition sont graves, il y a les cas intermédiaires les plus fréquents. Souvent, en effet, on se trouve en présence d'hémorragies moyennes, de pertes de sang peu abondantes mais renouvelées, sans que les femmes pour cela soient profondément anémiées ni que leur existence paraisse compromise. Il arrive aussi que la première hémorragie observée au début du travail n'ait pas paru particulièrement redoutable. Dans les deux cas les malades ne resteront pas moins sous la menace d'une nouvelle perte de sang dont on ne peut prévoir ni l'abondance ni la durée. Nous nous refuserons à les opérer toutes sous prétexte que les procédés obstétricaux sont lents ou peu sûrs, car ce serait faire la césarienne systématique. C'est alors que l'état du col doit guider dans le choix de la méthode à utiliser.

L'hémorragie qui nous oblige à opérer peut-elle ne pas être liée à une insertion vicieuse? Sans doute. Il faut cependant la considérer comme traduisant la greffe anormale du placenta dans l'immense majorité des cas et on peut presque dire : hémorragie notable à la fin de la grossesse = placenta prævia.

Des erreurs de diagnostic resteront pourtant possibles et nous rapportons une observation extrêmement

intéressante d'une hémorragie de Benkiser prise pour une insertion vicieuse. Mais ces cas sont tout à fait exceptionnels et ne sauraient constituer une contre-indication sérieuse à la méthode chirurgicale. Bien plus, on peut surtout confondre les hémorragies de l'insertion vicieuse de la fin de la grossesse, avec certaines pertes observées parfois dans l'hémorragie rétro-placentaire ou inversement. Nous en citons de même une observation. La femme ne peut dans ces cas que tirer bénéfice de la laparotomie qui expose les lésions.

OBSERVATION VII

(Service de M. le Professeur Jeannin)

D... Marthe, primipare, 22 ans. Antécédents nuls. D. R., 5 janvier.

On trouve une grossesse à terme avec tête mobile, dos à gauche. L'auscultation est positive, le col encore un peu long, légèrement perméable. Mise en observation pour début de travail.

13 novembre, 3 heures du matin. — La femme est passée à la salle de travail, elle vient de perdre une grande quantité de sang rouge assez clair ne se coagulant pas. A l'examen on trouve par le palper une tête très haute mobile, dos à gauche ; on croit percevoir les bruits du cœur. Par le toucher : on ne parvient pas à délimiter le col qui semble ne pas être dilaté.

On pose le diagnostic de placenta prævia.

L'état général est bon. Pouls cependant assez rapide, 120. On décide d'intervenir.

Césarienne conservatrice classique. A l'incision de l'utérus on tombe sur le placenta inséré sur la face antéro-latérale. Ce placenta est exsangue et la plaie placentaire ne saigne pas. Extraction d'un fœtus mort-né du sexe féminin pesant

3.500 grammes. Le fœtus est livide, il semble avoir été saigné et présente des traces de desquamation dues à un début de macération. La délivrance est complète et pèse 770 grammes. En l'examinant on remarque que les membranes présentent des dépôts de sang, une insertion vélamenteuse, les vaisseaux parcourant presque toute l'étendue des membranes. On voit également que des divisions vasculaires semblent avoir déchirées au moment de la rupture de la poche des eaux. En résumé il s'agirait d'une hémorragie dite de Benkiser, due à une rupture des vaisseaux du cordon. A l'examen du placenta on voit que la rupture vasculaire est artérielle.

OBSERVATION VIII

(Service de M. le Professeur Brindeau)

R... Berthe, 28 ans, II-pare.

Examinée plusieurs fois au cours de sa grossesse.

9 mai 1924. — A perdu un peu de sang rouge puis noir. En même temps quelques douleurs : à l'examen : utérus dur, col perméable. Poche des eaux intacte. Enfant mort sans bruit du cœur. Pouls 116.

Mise en observation la femme est conduite le lendemain à Tarnier.

A l'examen : utérus de volume moyen se contractant dès qu'on le palpe, tête en bas non engagée, dos à gauche. Pas de bruit du cœur. Col épais, perméable, dilaté comme un franc, dans le col des caillots. Pouls 100 bien frappé. T. A. au Pachon : 14-6 1/2 ; 1.000 grammes de sérum glucosé sous cutané. Etat général satisfaisant. Pas d'hémorragie externe.

En raison de l'état de l'utérus tendu, ne se rétractant pas on a posé le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire.

10 mai 1924 (15 h. 30). Césarienne abdominale. Anes-

thésie rachidienne parfaite, sauf quelques vomissements au moment de la suture de l'utérus. Large incision. Extraction de l'utérus très contracté. Incision vers le fond. Il n'y a pas de liquide amniotique, mais le fœtus a rendu tout son méconium et il est complètement teinté. Extraction de ce fœtus qui pèse 4.500 grammes, est en état de rigidité cadavérique et présente deux circulaires autour du cou ayant probablement amené la mort.

Délivrance : le placenta s'insère en partie sur le segment inférieur, et certainement l'un des cotylédons recouvrait l'orifice interne du col.

Suture de l'utérus en 2 plans. Fermeture de la paroi en 3 plans. Suites opératoires normales. Quinze jours après son entrée la femme quitte Tarnier en bon état.

C. — Éléments tirés de l'état du col

En dehors des sténoses cicatricielles ou pathologiques, le col peut être insuffisamment dilaté pour permettre une manœuvre obstétricale quelconque. Il peut ne pas paraître dilatable, il peut être long, fermé, comme on le voit souvent chez la primipare avant ou au début du travail. Il peut nous apparaître résistant, dur, à peine effacé, et en le touchant on se rend compte qu'on ne pourra agrandir son orifice ou qu'on se heurtera à des difficultés en voulant y prétendre. Parfois, on sentira une véritable stricture de l'orifice interne; si le col enfin est légèrement dilaté, l'orifice qu'il présente peut avoir une certaine rigidité, il peut manquer d'élasticité et dans l'un et l'autre cas, il semble difficile d'utiliser les procédés obstétricaux. Ces faits constatables chez la primipare le sont rarement chez la multipare, chez qui le col, déjà entr'ouvert, est le plus souvent souple, bien élastique et assez facilement dilatable. Si dans ce dernier cas nous pouvons nous croire suffi-

samment armés pour répondre à l'hémorragie, il en est autrement dans le premier où la nécessité d'agir vite peut brusquement s'imposer.

L'état du col est-il à lui seul un élément suffisant pour obliger à la césarienne? Ne savons-nous pas qu'un grand nombre de primipares, après avoir présenté des hémorragies, peuvent accoucher spontanément? Sans doute. Mais si les pertes de sang ont une certaine abondance, si à côté de la menace qui pèse sur la femme résultant de l'état du col, survient l'accident qui traduit l'insertion basse, soit l'hémorragie d'une certaine abondance, l'intervention s'impose. Etant donné le danger que court la primipare en raison de l'état de son col, il y a lieu de considérer la césarienne comme formellement indiquée si elle a saigné au cours de sa grossesse ou si elle saigne au début de son travail. Chez elle nous pratiquerons donc (à moins que la dilatation ne soit très avancée) la césarienne systématique.

OBSERVATION IX

Due à l'obligeance de M. le Professeur Brindeau

(Cas de clientèle **privée**)

1921. R... P..., 34 ans, primipare.

Femme obèse. Mariée depuis huit ans. Pendant sa grossesse n'a présenté qu'une mobilité anormale du fœtus. Au début du neuvième mois la tête est encore mobile.

Au toucher, col un peu dévié, segment inférieur épais. Quelques jours avant le terme, pertes de sang liquides sans douleur; la femme entre dans une maison de santé; mise au repos absolu. Au bout de quatre jours elle présente quelques contractions douloureuses et une nouvelle perte sanguine plus importante. Le col est long et fermé. Césarienne classique. Extraction d'un gros fœtus pesant 3.900 grammes.

Mince et étalé, le placenta s'insère sur la plus grande surface du segment inférieur.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION X

(Service de M. le Professeur Brindeau)

D... C..., 24 ans, primipare.

Grossesse normale jusqu'au 15 février 1921. A cette date perte de sang et entrée à l'hôpital. Pas de travail. A l'examen : Grossesse 8 mois 1/2 environ, tête en bas très défléchie, non engagée. Enfant vivant. Elle reste en observation dix jours, durant lesquels elle perd du sang peu abondamment.

Quelques douleurs le 20.

Le 25, elle expulse des caillots en assez grande abondance.

Le 28, elle entre nettement en travail, les douleurs apparaissant facilement et se répétant tous les quart d'heure environ.

Bruits du cœur fœtal bons, tête très défléchie, ne s'engage pas.

Césarienne classique, incision longue, utérus facilement extériorisé, mais difficile à enlever complètement, il semble retenu en arrière par une tumeur pelvienne. Incision de l'utérus, membranes vertes, l'enfant a rendu tout son méconium, il y a deux circulaires autour du cou.

Extraction de l'enfant de suite. Délivrance facile. Le placenta s'insère nettement sur le segment inférieur. Suture habituelle en 2 plans. On note que l'utérus basculé en arrière est adhérent au petit bassin et au côlon pelvien en particulier. Suture de la paroi en 3 plans. Anesthésie : éther. Suites opératoires normales, mère et enfant en bon état.

OBSERVATION XI

Due à l'obligeance de M. le Professeur Brindeau

(Cas de clientèle privée)

P..., 31 ans, primipare.

Santé parfaite. Examinée au cours de sa grossesse par un médecin qui diagnostique une insertion vicieuse et envoyée en consultation à M. Brindeau qui confirme le diagnostic. La femme perd à plusieurs reprises. Aux environs du terme la tête est élevée, le segment inférieur épais, le col dévié, les parties molles résistantes. Pertes de sang répétées. La malade entre dans une maison de santé. Césarienne classique au moment des premières douleurs. Le placenta s'insère en partie sur le segment inférieur (insertion marginale). L'enfant vivant pèse 3.600 grammes. Le treizième jour apparaît une phlegmatia alba dolens.

Chez la primipare, la césarienne sera donc la méthode de choix et elle sera parfois entreprise sur un seul symptôme : l'hémorragie. Bien entendu même chez cette primipare, il faut que celle-ci ait une certaine intensité et ce serait une faute que d'intervenir chirurgicalement chez toute femme qui a saigné très légèrement et une seule fois au cours de sa grossesse. Dans ce cas, nous nous contenterons de mettre la femme en observation, et nous attendrons le début du travail, prêts à intervenir à la moindre alerte. L'apparition d'une nouvelle perte de sang commandera en tout cas l'intervention. L'hémorragie de la fin de la grossesse, si elle présente une certaine abondance, à plus forte raison si elle se répète, doit être considérée comme suffisamment caractéristique du placenta prævia et constitue chez la primipare une indication formelle à l'opé-

ration, en raison de l'état du col. A côté de ces hémorragies massives, à côté de celles qui surviennent chez les primipares où on interviendra systématiquement, il faut envisager deux cas concernant les multipares chez lesquelles les pertes de sang de la fin de la grossesse ont permis de poser le diagnostic d'insertion basse. Dans le premier de ces cas, l'hémorragie alors que les douleurs commencent paraît assez abondante, elle a tendance à se prolonger et tandis que le travail s'avance le col ne présente pas de modifications sensibles : alors il y a lieu d'opérer. Parfois au contraire, alors que la femme entre franchement en travail et que le col a d'emblée tendance à se modifier, on observe des hémorragies légères, peu abondantes, passagères, alors on peut se contenter de surveiller la femme de très près de façon à pouvoir l'opérer très rapidement. Ces cas seront les plus embarrassants, car devant une hémorragie qui débute légère, il est impossible de prévoir la marche ultérieure des événements, comme il est souvent impossible de savoir au début du travail comment se comportera le col. De ce que la difficulté est grande de poser le diagnostic d'intervention, on ne saurait pourtant rejeter le traitement chirurgical. La décision reste une question d'appréciation personnelle et de conscience de la part de l'accoucheur, qui est en définitive seul juge du choix de la méthode à employer dans le cas qui lui est soumis.

Est-ce à dire qu'il faille pour décider du choix du procédé attendre le début du travail afin de voir comment se comportera le col et quel sera le caractère de l'hémorragie? Ici encore il faut ouvrir une parenthèse et envisager une éventualité clinique particulière, relativement fréquente d'ailleurs.

En dehors des cas différents examinés plus haut où l'opération est commandée par la gravité de l'hémor-

ragie en dehors de ceux où les accidents très légers ont permis d'atteindre le début du travail, il y a les cas intermédiaires où l'intervention peut se discuter avant tout début du travail. La grossesse a été normale longtemps, une perte peu abondante est survenue vers le sixième ou septième mois, mais cette première hémorragie externe, indolente et spontanée, a cessé. Au bout d'un temps plus ou moins long, elle se renouvelle, parfois à plusieurs reprises, avec des intervalles de repos et sans autre manifestation. Pas d'altération de l'état général. La femme multipare est arrivée à terme sans présenter d'anémie inquiétante, sous le coup pourtant d'un accident mortel au moment du travail, accident qui sera d'ailleurs non pas seulement l'hémorragie mais la rupture utérine, l'infection, le shock, etc... Nous savons d'une part qu'elle a toute chance de présenter une insertion basse, tandis que le toucher d'autre part nous a montré avant le travail que cette femme, quoique multipare, avait un col fermé et ne donnant pas l'impression de souplesse. Attendrons-nous le début du travail pour voir comment se comportera ce col et comment évolueront les hémorragies? Il nous semble que ce serait une faute et que nous croyons que, malgré les accouchements antérieurs dans des cas bien déterminés, la césarienne est indiquée avant le travail. C'est là ce que confirme l'observation qui suit d'une césarienne faite chez une secundipare ayant présenté quelques hémorragies mais ayant un col ne donnant pas toute sécurité.

OBSERVATION XII

(Service de M. le Professeur Brindeau)

G... Marie, 41 ans, II-pare.

Femme mise en observation à Tarnier depuis janvier 1924 en raison de petites hémorragies multiples répétées succédant à une première hémorragie abondante survenue le 26 janvier. Les pertes de sang s'observent environ tous les trois jours, presque régulièrement jusqu'au mois de mars. A l'entrée dans le service fin janvier 1924, l'examen montre : Grossesse de 7 mois 1/2 environ tête en bas. Dos à gauche, enfant vivant.

Février 1924. — L'examen montre un léger empâtement au niveau du cul-de-sac postérieur que l'on suppose être un placenta bas inséré. Rien de particulier à signaler en dehors des petites hémorragies jusqu'au 8 mars 1924, à ce moment la femme présente quelques douleurs, est admise à la salle et examinée par le Professeur Brindeau : tête élevée, col perméable, long et résistant. Enfant vivant. Placenta prævia.

Césarienne conservatrice au début du travail. Ether (5 mars 1924, 12 heures). Large incision pariétale. Extériorisation de l'utérus volumineux, asymétrique en raison d'une distension de la corne droite. Incision sur la face antérieure et le fond. Extraction d'une fille vivante pesant 3.400 grammes. Décollement du placenta très largement inséré, empiétant nettement sur le segment inférieur où il est très adhérent. Membranes épaisses.

Suture en 2 plans. Suites opératoires normales malgré un incident pulmonaire survenu le 24 mars. La femme quitte Tarnier le 20 avril en bon état.

Il y a donc dans les différentes éventualités cliniques que nous venons de passer en revue des indica-

tions particulières pour ou contre l'intervention chirurgicale et chaque cas en réalité comporte sa thérapeutique spéciale. Nous pouvons résumer en disant :

1^o Pas de césarienne systématique en cas de placenta prævia;

2^o Indication formelle de la césarienne :

a) La grosse hémorragie du début du travail;

b) L'hémorragie chez la primipare;

c) L'hémorragie répétée des derniers mois de la grossesse chez la femme qui a un col dur, paraissant difficilement dilatable quelle que soit la parité de la femme;

3^o Indication à l'intervention chirurgicale, en penchant plutôt vers l'hystérectomie :

La grande anémie par hémorragies massives ou répétées qui avant tout travail met la vie de la mère en danger, surtout si c'est une multipare;

4^o Mise en observation de la femme et attendre le début du travail, parce qu'indication discutable :

Si les hémorragies de la fin de la grossesse ont été légères;

Se baser pour intervenir de la façon dont la femme saigne et dont se comporte le col.

D. — Les facteurs accessoires à l'intervention

A côté de ces différents éléments énumérés plus haut et qui servent de guide au choix de la méthode à employer, il en est d'autres accessoires et de moindre importance qui nous feront préférer parfois la chirurgie aux autres moyens. Ce sont, d'une manière générale, toutes les causes qui semblent devoir apporter à l'accouchement par les voies naturelles une complication quelconque. Ainsi on recourra à la chirurgie lorsqu'à côté d'un placenta prævia existe une dystocie susceptible de constituer un obstacle à l'accouchement

spontané. En dehors des cas où la césarienne s'impose pour une cause autre que le placenta prævia (bassin généralement rétréci par exemple) la plupart des auteurs qui restent encore partisans des anciennes méthodes recourent volontiers à cette césarienne en cas d'insertion basse, lorsqu'une dystocie surajoutée semble devoir apporter une gêne aux manœuvres obstétricales. Ces cas particuliers entrent dans le cadre des dystocies complexes, comme le montrait le Professeur Couvelaire dans un article publié en 1911 à propos du traitement chirurgical du placenta prævia : « La libre pratique de la filière pelvienne génitale ne permettant pas la facile évacuation de l'utérus. » Parmi les complications qui entraînent l'intervention par voie haute, nous trouvons, bien entendu, les malformations du bassin. A côté existent toutes les dystocies maternelles qui sont des contre-indications à l'emploi des anciens procédés. Nous soulignerons les lésions du col, les sténoses cervicales, les rigidités cicatricielles et à plus forte raison le cancer du col de l'utérus. De même, le manque de souplesse, la résistance exagérée des parties molles. De même aussi, la mauvaise qualité du muscle utérin ; c'est ainsi qu'on aura recours plus volontiers à la chirurgie chez les primipares âgées où le travail risque d'être prolongé. Le volume de l'enfant, le nombre des grossesses antérieures et surtout le désir de la femme d'avoir un enfant doivent entrer en ligne de compte dans l'appréciation des différents éléments qui dictent sa conduite à l'accoucheur. Le dernier de ces points est particulièrement important et comme l'exposait Novak dès 1909, le seul fait que la mère veut absolument un enfant autorise l'intervention chirurgicale par voie haute.

A quel moment intervenir

Ce point a provoqué beaucoup de discussions. A quel moment, en effet, si on estime que la césarienne est indiquée, faut-il la pratiquer, de telle sorte que l'enfant en tire le maximum d'avantages et la mère le minimum de risques? D'une façon générale, en pratique courante, quelle que soit l'opinion qu'ils émettent, tous les auteurs ont le souci de ne pratiquer la césarienne, autant que possible, que dans les cas « purs ». C'est pourquoi beaucoup estiment que le mieux est d'intervenir immédiatement avant le travail, réalisant ainsi, suivant le mot de M. Bar, « une intervention prophylactique » qui diminue considérablement les risques d'infection. Comme il le faisait lui-même remarquer au Congrès de 1921, il ne s'agit pas de pratiquer l'intervention prématurée, il ne s'agit pas d'opérer avant terme, mais, pourvu qu'existent ces deux conditions indispensables : enfant vivant et à terme, il est préférable de ne pas attendre le début du travail et d'opérer alors que les membranes sont encore intactes. Sans doute, nous n'aurons garde d'oublier que l'opération tardive est possible, qu'elle a été pratiquée souvent avec succès et que de nombreuses communications rapportent les bons résultats obtenus par des césariennes faites à une période avancée du travail, après rupture de la poche des eaux. Les chiffres publiés par Brouha en 1920 où sur 61 cas dont 48 ne pouvaient être considérés comme « purs », il obtint une mortalité maternelle de 3,3 0/0, sont évidemment très favorables. Bien que la rupture des membranes ne change pas bien souvent le pronostic, il n'en est pas moins vrai qu'il est nécessaire de compter avec elle et qu'il est bon de la considérer comme un élément défavorable. Or, plus que

pour toute autre affection on ne peut en cas de placenta prævia admettre l'innocuité de l'intervention. L'opinion de Brouha, d'autant plus intéressante que cet auteur est partisan de l'expectative dans un grand nombre de cas, est particulièrement nette. « Si je crois, dit-il, qu'en l'absence de signes d'affection quand le pouls est normal et que l'état général ne paraît pas touché, on peut encore pour sauver l'enfant pratiquer la césarienne abdominale à une phase avancée du travail, même lorsque les eaux sont écoulées depuis un certain temps, et cela sans faire courir à la mère un danger disproportionné, je pense que dans le placenta prævia il convient de se montrer beaucoup plus réservé et j'hésiterais de plus en plus à césariser un prævia qui ne donnerait pas de sérieuses garanties de sûreté. Je ne suis donc pas éloigné de considérer qu'en matière de placenta prævia dans les cas indiqués plus haut, il faille choisir entre le traitement obstétrical et le traitement chirurgical avant ou au début du travail. » Ce que M. Bar disait en 1921 pour défendre l'accouchement prophylactique doit donc surtout s'appliquer au placenta prævia, puisque, comme nous l'avons montré, plus que dans tout autre cas la femme en raison de son insertion basse et des pertes de sang qu'elle entraîne, est exposée aux accidents septiques.

Est-ce à dire que nous le ferons à la première hémorragie? Oui, indubitablement, s'il s'agit d'une primipare tout près du terme; non, si elle en est assez éloignée. Dans ce dernier cas nous attendrons le plus possible afin d'avoir un enfant viable, en mettant la mère dans les meilleures conditions de surveillance. Si elle saigne, nous pratiquerons des numérations globulaires, nous suivrons la courbe de sa tension artérielle, nous rechercherons le taux d'hémoglobine du sang, n'intervenant qu'en cas de nécessité absolue et essayant de gagner

l'époque du terme de la grossesse. Il faudra, par contre, savoir ne pas trop attendre dans certains cas et ne pas compromettre la vie de la mère sous prétexte d'attendre les débuts du travail. Ce qu'exprimait Doléris en 1910 au Congrès de Pesth, en parlant de l'infection, pourrait s'appliquer plus particulièrement au placenta prævia : « Le fait d'écourter fort peu la grossesse pour assurer et garantir la vie sauve de l'enfant et de la mère, ne saurait être mise en comparaison avec celui de respecter la date aléatoire du terme en courant les risques d'une opération qu'il faudra peut-être pratiquer dans des conditions mauvaises. A côté de ces cas où l'on peut, grâce à la surveillance, garder la possibilité d'opérer dans les meilleures conditions, il arrivera par contre, fréquemment, qu'on sera obligé d'intervenir rapidement; ce seront les cas ou nettement impurs ou douteux, devant lesquels cependant il faut opter pour la chirurgie. Nous avons montré la ligne de conduite à tenir, nous allons maintenant voir les arguments qui militent en faveur des différentes techniques à employer.

En conclusion, nous dirons qu'il est nécessaire pour se mettre dans les meilleures conditions possibles, d'opérer toutes les fois qu'on le peut avant le travail et si possible à la première hémorragie. Dans les autres cas, où la césarienne a été décidée, le mieux est de placer la femme sous une surveillance sérieuse, l'opération devant être pratiquée, sauf urgence, le plus près possible du terme avant tout début de travail. L'intervention prophylactique réaliserait, si elle était toujours possible, le traitement chirurgical idéal du placenta prævia. Elle est liée malheureusement à cette condition capitale : l'énorme difficulté de faire à temps le diagnostic de l'insertion vicieuse.

DU CHOIX DU PROCÉDÉ CHIRURGICAL A EMPLOYER

Plusieurs modes d'intervention s'offrent à l'accoucheur qui a opté pour la voie chirurgicale, ayant chacune leurs indications particulières; ils se ramènent à cinq groupes différents :

1^o La césarienne classique, corporéale, conservatrice;

2^o La césarienne basse, segmentaire, supra-symphysaire;

3^o La césarienne vaginale;

4^o Les incisions du col;

5^o L'hystérectomie.

1^o La césarienne classique, corporéale conservatrice

La césarienne haute conservatrice avec incision du corps utérin, quel qu'en soit le siège, est parmi les procédés chirurgicaux une des plus simples dans sa technique. Outre cet avantage considérable qui la rend facilement exécutable par tout chirurgien, même ignorant des pratiques obstétricales, elle offre le gros intérêt d'être une intervention qui conserve la fonction, et laisse à l'opérée la possibilité de grossesses ultérieures. Si elle est facile, elle est également rapide, et même entre les mains d'un opérateur n'en possédant pas la pratique habituelle, elle résoud rapidement le problème : la prompte évacuation de l'utérus. En permettant l'extériorisation de cet utérus, elle réalise une véri-

table intervention extra-abdominale au cours de laquelle il est aisé de protéger la grande cavité. Nous avons vu, en étudiant la cicatrice, que celle-ci peut être satisfaisante à condition qu'on ait le souci de pratiquer la suture avec soin, en suivant des règles bien définies. Comme toute intervention par voie haute, elle présente de plus sur les interventions par voie abdominale le gros avantage de rendre possible l'examen direct du corps utérin, elle en expose les traumatismes, elle montre du même coup les lésions associées qui peuvent en certains cas faire opter pour l'hystérectomie. Ces différents avantages font que la césarienne classique corporéale est pour beaucoup d'auteurs préconisée comme la meilleure méthode. Aussi, au cours des multiples discussions que suscita la question du choix du traitement du placenta prævia, voyons-nous ses partisans conserver leur position et considérer la section du corps comme la méthode à utiliser. Pour eux, elle reste la seule intervention rapide, simple et sans aléas. D'autant plus que cette voie haute présenterait l'avantage de faire porter l'incision en dehors de la zone d'insertion placentaire, argument qui, comme nous le verrons, a été extrêmement discuté, en particulier par les partisans de la voie supra-symphysaire. En réalité, si on ne peut pas contester ses multiples avantages, s'il faut dans les cas habituels la considérer comme très satisfaisante, est-il sage de la prendre comme procédé courant dans l'insertion vicieuse? La césarienne corporéale, en effet, pour donner de bons résultats, exige une condition primordiale. Il faut qu'elle soit pratiquée dans des cas favorables, en dehors de toute atteinte par l'infection des voies génitales. Seul le cas « pur » est théoriquement susceptible de retirer avantage de cette intervention, et son emploi dans les cas infectés fait courir à la mère d'indéniables dangers,

la suture du muscle utérin étant au contact direct de la grande cavité et de son contenu. Or, nous savons que le seul fait pour la femme de saigner par anomalie d'insertion placentaire nous oblige à la considérer comme rentrant dans la catégorie des cas « impurs ». Dans les cas nettement infectés, est-ce à l'hystérectomie qu'il faut demander la solution du problème? Est-ce de même dans les cas douteux à la supra-symphysaire qu'il faut s'adresser? A cette opération dont le pourcentage de mortalité maternelle serait beaucoup plus favorable, puisque dès 1917 Reusch, avec elle, ne trouvait qu'un chiffre de 2.2 0/0 sur 784? C'est ce que nous verrons dans les paragraphes suivants en étudiant les indications réciproques de la césarienne basse et de l'hystérectomie. Il est certain pourtant que la voie abdominale haute est à l'heure actuelle l'intervention chirurgicale qui dans l'insertion vicieuse a de beaucoup le plus de partisans. Il est facile de s'en rendre compte en examinant le mode opératoire des nombreux cas de césariennes pour proévia qui nous ont été communiqués. C'est la preuve que la césarienne haute peut être acceptée dans bien des cas d'insertion vicieuse.

OBSERVATION XIII

Due à l'obligeance de M. le Professeur Brindeau

(Cas de clientèle privée)

B..., 31 ans. Primipare.

Grossesse 8 mois 1/2 environ, surveillée par un médecin. A cette période de la grossesse, vers 11 heures du soir la malade perd brusquement une certaine quantité de sang. Appelé en consultation, M. le Professeur Brindeau note :

1° Une hémorragie d'environ 500 grammes ;

2° Quelques contractions douloureuses.

3^o Un col^x perméable au doigt.

On trouve une placenta recouvrant l'orifice interne. La tête est très mobile. Transportée en ambulance en maison de santé, la femme est immédiatement opérée : Césarienne classique avec anesthésie à l'éther. Le placenta recouvre une grande partie du segment inférieur et est plus adhérent qu'à la normale. L'enfant vivant pesait 2.800 gr. Les suites de couches sont parfaitement normales.

De cette observation nous rapprocherons la suivante qui fut également le type de césarienne pratiquée dans les meilleures conditions, à terme, dès la première hémorragie.

OBSERVATION XIV

(Service de M. le Professeur Brindeau)

R... Marie, 32 ans, primipare.

Vue plusieurs fois au cours de sa grossesse.

A terme au début d'août 1924, brusquement hémorragie très abondante.

A l'examen tête fixée. Col dévié en arrière et à droite. Albumine 0. Gros œdème des membres inférieurs, T. A. (Vaquez) 16-10. Diagnostic : placenta prævia.

Césarienne abdominale conservatrice, anesthésie rachidienne mauvaise; la pusillanimité de la femme mise à part, la rétraction utérine insuffisante semble prouver que l'anesthésie était incomplète. Elle est complétée efficacement avec quelques bouffées de chlorure d'éthyle.

Large incision, extériorisation de l'utérus, incision sur la face antérieure. On tombe sur le placenta inséré en avant, on le traverse et on extrait un enfant petit qui crie de suite. La délivrance s'insère sur le segment inférieur mais il s'agit d'un placenta prævia latéral. Hémorragie abondante, avec

jet au niveau des sinus. Mauvaise régression utérine. On enlève un kyste dermoïde de l'ovaire gauche contenant des cheveux. Fermeture classique de l'utérus et de la paroi. Mère et enfant sortent en bon état après quinze jours (24 août 1924).

Si donc la césarienne haute corporéale peut être acceptée dans les meilleurs et les plus favorables des cas, on ne peut pas en dire autant en présence de ceux qui ne peuvent être considérés comme parfaitement « purs » et qui seront la grande majorité. C'est pourquoi les arguments des partisans de la césarienne segmentaire ne sont pas mal fondés, et c'est pourquoi aussi, comme nous allons le montrer, nous sommes, en la circonstance, portés avec eux à opter en faveur de cette intervention plutôt qu'en faveur de la section haute classique.

20. La césarienne supra-symphysaire

La césarienne supra-symphysaire, dont l'idée revient au professeur français Alexis Stoltz, avant 1870, fut véritablement proposée par un certain nombre d'accoucheurs étrangers, pour remplacer la césarienne classique, vers 1908. Les procédés employés pour atteindre, découvrir et inciser le segment inférieur au niveau duquel portera la section de l'utérus, sont nombreux : ils diffèrent par des questions de technique, dans le mode d'incision de la paroi, du péritoine et de l'utérus lui-même. On peut classer en deux groupes les différents procédés proposés :

a) Les méthodes extra-péritonéales, qu'on devrait appeler sous-péritonéales;

b) Les méthodes transpéritonéales.

Les premières réalisent le décollement du cul-de-sac vésico-utérin qu'on attaque soit latéralement, soit de bas en haut. Les secondes comportent l'incision du

péritoine vésico-utérin avec, suivant les opérations, reconstitution de la disposition anatomique de la séreuse ou limitation du champ opératoire par les sutures péritonéales pour réaliser une véritable extra-péritonéale. Quant aux résultats qu'on peut tirer de ces méthodes, il suffit de relire les conclusions de M. Jeannin en 1910. « La méthode extra-péritonéale est théoriquement plus satisfaisante pour l'esprit, puisqu'elle assure au mieux la protection de la grande séreuse péritonéale. Les résultats définitifs étant les mêmes, il ne semble pas qu'il y ait lieu de la préférer à la méthode transpéritonéale qui a pour elle d'être toujours possible, plus facile, souvent plus brève, et d'exposer à moins d'accidents au cours de l'intervention. » C'est la même opinion qu'exprimaient au Congrès de Paris en 1921 Beuttner et Aubert : « La césarienne transpéritonéale basse ne peut se comparer à la césarienne extra-péritonéale, beaucoup plus compliquée et aléatoire. Celle-ci ne peut être pratiquée avec les succès qui légitiment son emploi que par un petit nombre d'accoucheurs qui en ont la très grande expérience. » C'est d'ailleurs cette opération transpéritonéale que Selheim proposait en 1908 en cas de proëvia en insistant comme nous l'avons montré sur l'avantage du procédé qui permet à l'opérateur d'avoir sous les yeux la région qui saigne, ce qu'aucune autre méthode ne peut donner.

Pratiquée pour la première fois en Allemagne en cas d'insertion vicieuse, cette méthode a trouvé dans ce pays de nombreux partisans. Parmi eux avec Selheim citons : Stoekel, Jascke, Baisch. Les accoucheurs français n'employant pas la voie basse, les indications du traitement chirurgical du placenta proëvia étant très discutées d'autre part, nous n'avons pas connaissance jusque dans ces dernières années qu'elle ait été chez

nous pratiquée pour cette complication. Méthode non utilisée en France, elle ne trouve pas de défenseur français au Congrès de 1921. Cependant les avantages qu'elle est susceptible de donner dans les cas douteux ne sont pas méconnus, et M. Brindeau, en rapportant quelques exemples personnels, n'est pas opposé à ce mode opératoire. Il considère comme possible, en attendant les résultats fournis par une pratique plus suivie, que cette méthode modifie le pronostic de l'insertion vicieuse. « C'est un procédé, écrit la même année M. le Professeur Bar, intéressant, et quand je me trouverai en présence d'une femme avec col fermé perdant beaucoup de sang, j'aurai recours à la section supra-symphysaire. »

Toutefois, si la césarienne segmentaire n'est pas pratiquée à notre connaissance dans notre pays jusque dans ces dernières années en cas d'insertion vicieuse, par contre, en étudiant les techniques opératoires utilisées par les accoucheurs étrangers, on est frappé par cette constatation que ceux qui emploient habituellement cette opération s'en servent en cas de placenta prævia. Malgré les bons résultats qu'ils en obtiennent, on serait *a priori* tenté de rejeter cette voie basse pour un assez grand nombre de raisons et avant tout parce qu'on comprend mal qu'on aille inciser un segment inférieur sur lequel s'insère le placenta.

Comme première critique on peut adresser à cette intervention les difficultés de technique qu'elle entraîne, car elle est d'une réalisation plus difficile que la césarienne classique. L'abord du segment inférieur est moins aisé, l'extraction du fœtus, comme le montraient il y a déjà longtemps Kustner et Henkel, est moins facile qu'après la section de la paroi antérieure du corps utérin. Nécessitant souvent l'emploi du forceps, cette extraction ne peut être comparée à celle que l'on pra-

tique au cours d'une césarienne classique. Le sang qui sort en bouillonnant au niveau du segment inférieur qui se laisse parfois distendre (car nous n'avons pas ici la rétraction utérine qui contribue à provoquer l'arrêt de l'écoulement) peut gêner parfois notablement l'opérateur. La délivrance est souvent moins aisée et plus pénible qu'au cours de la césarienne classique. Enfin, à côté des déchirures possibles de la vessie, du péritoine, de l'utérus lui-même, il ne faut pas oublier les accidents par hémorragies consécutives au décollement vésico-utérin. (Accidents signalés mais qui ne furent jamais rencontrés au cours des interventions que nous avons observées à Paris.)

Ces graves inconvénients sont compensés par les gros avantages que présente l'opération. Ses partisans sont assez nombreux. Un des plus convaincus (nous ne parlons ici que de la césarienne supra-symphysaire transpéritonéale, laissant de côté l'opération extra-péritonéale qui semble très abandonnée), Van Rooy (Amsterdam) résumait ainsi en 1921 les avantages de l'intervention :

1° L'incision se fait dans les parties de la matrice où la guérison est plus prompte parce que les bords de la blessure sont au repos après l'application des sutures;

2° Les bords de la blessure sont si minces qu'il n'y a pas ou presque pas de perte de sang;

3° La péritonisation de l'incision peut être exécutée d'une manière facile et absolue, parce que le péritoine de la partie inférieure de la matrice se laisse refouler sans difficulté après incision du pli vésico-utérin;

4° Il est plus facile d'isoler la cavité péritonéale par des tampons, de sorte que le contenu de la matrice se répand difficilement dans la cavité abdominale;

5° En cas d'infection, celle-ci reste localisée dans la

partie inférieure du ventre où elle est généralement moins dangereuse;

6° La cicatrice de l'incision dans la partie inférieure est plus forte que celle qui se forme dans le corps utérin après section classique, ce qui est confirmé par le fait que jusqu'à présent, dans la littérature, il n'y a que quelques cas très rares où la cicatrice s'est rompue lors d'une nouvelle grossesse.

Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs césariennes basses dans les services des Professeurs Brindeau et Jeannin. Nous croyons qu'on peut presque entièrement souscrire aux conclusions de Van Rooy. La première conclusion est capitale et indiscutable; la seconde nous paraît très admissible, car nous avons toujours vu l'hémorragie quand elle existe provenir du corps et non du segment inférieur, elle est d'ailleurs en général peu gênante et diminue en tout cas considérablement avec l'emploi de la rachi-anesthésie. La troisième proposition ne souffre pas de discussion et c'est ce qui doit constituer dans les cas peu infectés la très grande supériorité de la voie basse sur la césarienne corporéale. La quatrième affirmation est vraie en général, et quoiqu'on ne puisse obtenir une parfaite protection de la grande cavité, il est le plus souvent facile de bien isoler le champ opératoire. La cinquième a été depuis longtemps fort discutée, l'infection facile du tissu conjonctif qui remplit l'espace vésico-utérin ne saurait être mis de côté. Il est indéniable cependant que la protection de la suture est de beaucoup plus parfaite avec la césarienne supra-symphysaire et que les risques secondaires d'infection péritonéale doivent être moins grands qu'avec l'opération classique. Sur la dernière donnée de Van Rooy il est difficile de juger. Il est possible que la cicatrice portant sur le segment inférieur soit plus résistante que

celle qui porte sur le corps et K. Hartmann en 1910 et Schefzel en 1911 estimaient déjà que les dangers secondaires de rupture étaient moins grands avec la supra-symphysaire qu'avec la corporéale; tout récemment, Martius (1924) exprimait la même opinion. R. Baisch, en 1920, a même pu donner un exemple de rupture du corps utérin chez une femme au préalable opérée de césarienne basse et chez laquelle la cicatrice était restée intacte.

De ce rapide exposé, nous retiendrons les notions suivantes : *plus compliquée que la méthode classique, mais cependant parfaitement réalisable par un chirurgien qui en connaît la technique, la césarienne segmentaire est une opération très intéressante qui offre incontestablement plus de sécurité que la section haute, non seulement parce que le péritoine pelvien se défend mieux que le péritoine abdominal, mais surtout parce que la brèche utérine est parfaitement protégée et isolée de la grande cavité, la suture n'étant pas mobilisée comme dans la césarienne haute.*

Certains accoucheurs sont tellement partisans de la voie basse qu'ils la considèrent actuellement comme la véritable méthode, et Beultner, dans la réponse qu'il adresse à notre questionnaire qui lui posait la question suivante : opérez-vous en cas de placenta prævia par césarienne supra-symphysaire? nous dit : « C'est actuellement la seule technique pour toutes les opérations césariennes. »

Les partisans de la césarienne classique écartent en cas de prævia la supra-symphysaire non seulement pour des raisons d'ordre général, mais encore parce que le fait d'inciser dans la zone qui saigne, la possibilité de tomber sur le placenta inséré en avant, constituent pour eux la plus formelle des contre-indications. Nous avons suffisamment insisté sur les altérations du

segment inférieur au cours de cette complication et nous en avons assez rappelé l'importante vascularisation et la grande friabilité pour que nous ne revenions plus longuement sur ce point. Nous savons combien le segment inférieur est altéré dans sa constitution et profondément modifié par l'envahissement des villosités choriales et des vaisseaux. N'est-ce pas un paradoxe que d'aller faire porter précisément l'incision sur cette zone dangereuse?

D'autres n'interviennent par voie basse que lorsque le diagnostic d'insertion postérieure du placenta sur le segment inférieur a été posé. Pour eux également l'insertion de ce placenta en avant paraît être une contre-indication à la segmentaire. En réponse à notre questionnaire, Walthard (Zurich) nous écrit : J'opère par césarienne supra-symphysaire dans le cas d'insertion certaine du placenta sur la paroi postérieure du corps utérin; par césarienne classique dans le cas d'insertion probable du placenta par un segment sur la paroi antérieure du corps utérin. Est-ce toujours possible? Il est en effet extrêmement difficile, sinon impossible, d'affirmer avec précision le siège exact de l'insertion placentaire. On ne peut avec le toucher avoir souvent une certitude suffisante pour le pouvoir diagnostiquer exactement. Nous connaissons la difficulté de ce toucher dans le *prævia*, et nous comprenons mal qu'on puisse se baser sur cet examen pour discuter du choix de l'intervention haute ou basse. Sans doute, nous savons que le placenta est le plus souvent fixé en arrière, sa fixation sur la face antérieure du segment inférieur n'étant pour certains que l'extension de l'insertion précédente. Le placenta latéral ou marginal, dit M. Lequeux, sont des formes relativement bénignes du placenta *prævia* qui, dans la totalité des cas, se trouve inséré en arrière. Je ne connais pas, pour ma

parl. de cas nets de placenta prævia insérés en avant. Si la clinique en démontrait l'existence, le placenta marginal ou latéral dans ces cas serait aussi grave que le placenta total... Le placenta total n'est à mon sens que l'extension en avant d'un placenta régulièrement inséré en arrière. » Quoi qu'il en soit, il est extrêmement difficile, impossible presque, de poser le diagnostic de la variété d'insertion, même l'insertion centrale peut être parfois inconnue au début du travail. Il nous paraît donc qu'on ne peut cliniquement dans le plus grand nombre des cas distinguer la variété d'insertion, et se baser sur elle pour opter suivant les cas en faveur de la césarienne haute ou basse.

Il y a, enfin, les partisans de cette opération : nous trouvons des accoucheurs habitués à sa pratique, qui estiment qu'elle donne dans les cas qui nous préoccupent des avantages plus grands que ceux obtenus par les autres moyens, et qui ne tiennent compte ni de la friabilité, ni de la vascularisation du segment inférieur. Van Rooy déclarait au Congrès de 1921 : « ... Me basant sur ses avantages, je n'ai pas hésité à faire l'opération dans des cas de placenta prævia central... Après avoir ouvert la partie inférieure de la matrice et extrait l'enfant, on a devant soi le placenta que l'on peut retirer d'un coup de main. A ce moment, la surface d'insertion du placenta se présente à nos yeux bien mieux que par la section classique, on a à sa portée les divers points d'où le sang jaillit et il n'est pas difficile d'arrêter l'hémorragie en plaçant aussi vite que possible des sutures en soie ou en catgut sur les points saignants; on fait ainsi un véritable traitement causal. Nous pourrions ainsi relever l'opinion de nombreux auteurs favorables à la supra-symphysaire transpéritonéale qui réservent l'opération pour les cas d'insertion vicieuse. Beutner en

rappelant, en 1921, les 141 cas de Kustner d'intervention transpéritonéale, notait 39 fois le placenta prævia, l'éclampsie et la procidence du cordon. Tout récemment un auteur allemand, W. Ballhorn (Mayence, 1925), défendant la section segmentaire, estime que les discussions actuelles portent non plus sur la valeur de la césarienne dans le prævia, mais uniquement sur le choix du procédé : section corporéale ou supra-symphysaire. Le promoteur de la méthode, Selheim lui-même, en exposant ses huit premiers cas de transpéritonéales, apportait, en 1908, les arguments suivants en faveur de l'intervention :

- 1° On voit la zone d'insertion placentaire;
- 2° La délivrance est facile;
- 3° On tient la source des hémorragies.

Il est indéniable pourtant que les difficultés opératoires déjà plus grandes avec la césarienne segmentaire qu'avec la césarienne classique, se trouvent accrues du fait de l'insertion placentaire sur la face antérieure du segment inférieur. L'hémorragie est très abondante, elle augmente rapidement et gêne notablement l'intervention. Il nous semble donc que même si l'opérateur exercé a l'avantage de recourir en cas de prævia à ce mode d'insertion, il commettrait une faute s'il gardait la même technique chez une femme qui a déjà beaucoup saigné. On ne peut dans ces cas d'insertion antérieure, avec l'incision segmentaire, éviter l'abondante et rapide hémorragie de quelques secondes qu'on observe avant l'évacuation de l'utérus; et comme celle-ci est d'emblée très forte, elle peut aggraver l'anémie de l'opérée, ce qu'il faut éviter précisément. Chez les femmes qui ont beaucoup saigné, chez celles qu'on ne veut plus voir perdre, nous rejeterons donc la supra-symphysaire. Deux opérations, toutes deux rapides d'ailleurs, pourront se discuter : la césarienne classique

d'une part, l'hystérectomie d'autre part. Cette dernière pouvant, comme nous le montrerons plus loin, avoir ses indications devant la forte hémorragie. Ces cas d'urgence mis à part, il ne nous paraît pas que l'insertion du placenta sur le segment inférieur constitue un gros obstacle à l'intervention. Bien plus, l'argument de Selheim reste vrai et nous croyons qu'une sécurité nouvelle nous est fournie par cette opération qui nous permet d'examiner directement l'aire placentaire.

Le Dr Pareux et nous-même avons eu l'occasion toute récente de pratiquer une césarienne basse pour insertion vicieuse, le placenta étant fixé sur la face antérieure du segment inférieur.

OBSERVATION XV

(Service de M. le Professeur Jeannin)

Mme... primipare, 31 ans, est admise au dortoir pour hémorragie.

Antécédents héréditaires : physiologiques, pathologiques, rien de particulier.

Antécédents obstétricaux. 10 mars 1924, avortement de 4 mois 1/2 environ sans hémorragie, suites de couches normales. A la suite de cette avortement la femme a été traitée jusqu'à la fin du mois de mars 1924.

Grossesse actuelle : D. R. 21 mai.

2 juillet 1924, la femme perd un peu de sang rosé pendant une 1/2 journée.

21 février 1925, nouvelle perte de sang pendant quinze minutes environ.

21 mars, perte de sang rouge.. A partir de cette date les hémorragies se répètent sans cause apparente jusqu'au terme de la grossesse.

27 mars, à l'occasion d'une nouvelle hémorragie la femme est admise à la Pitié ; elle entre en travail à 18 heures.

Au toucher : col incomplètement effacé, dilaté comme deux francs, segment inférieur non formé. Membranes rugueuses, placenta reconnu en avant et à droite.

Intervention à 22 heures. La femme perd abondamment, de façon continue ; état général excellent, pas de fièvre, pouls 90.

Incision médiane sous-ombilicale ; incision verticale des plans superficiels, des muscles et du péritoine, découverte du segment inférieur qui est bien formé et au niveau duquel on décolle le péritoine viscéral qui est rabattu en haut et en bas. Après incision transversale au-dessus de la vessie, ouverture du segment inférieur.

Au premier coup de bistouri on tombe sur le placenta et le sang s'échappe en jets très abondants en remplissant très vite le petit bassin. Sur le doigt on complète au ciseau l'incision du segment inférieur, lequel est complètement masqué par le sang qui gêne indubitablement. On essaie de prendre rapidement et sans résultat la tête fœtale avec le petit forceps de Pajot, la présentation étant extrêmement haute. On pratique alors facilement la version et on extrait l'enfant (fille vivante pesant 2.900 gr. facilement ranimée). Le décollement du placenta et des membranes n'offre pas de difficultés, l'hémorragie continue moyenne et cède à l'hypophyse et à l'ergotine.

On examine le segment inférieur qui ne présente pas d'altération et la zone d'insertion placentaire.

Fermeture du segment inférieur par des points séparés ; enfouissement de la suture sous un surjet au catgut, protection de la plaie utérine par la double couverture péritonéale en pans de redingote, fermeture de la paroi en 3 plans sans drainage.

En résumé, quoiqu'on ait été momentanément et pendant quelques secondes gênés par l'hémorragie au moment de l'ouverture du segment inférieur et de l'extraction de l'enfant,

l'opération n'a pas présenté de difficultés sérieuses et a été relativement facile bien que l'incision eut porté en plein sur la zone d'insertion placentaire.

Quarante-huit heures après l'intervention la femme présente de la température dans les suites de couches. Elle fait un petit frisson, à une température de 38,2, un pouls à 108. L'état général est assez satisfaisant.

Rien de particulier à l'examen de l'abdomen qui est souple; aucun signe de réaction du péritoine.

Au toucher, col fermé. Celui-ci est ouvert à la pince ce qui permet l'écoulement d'une assez grande quantité de lochies; même manœuvres le lendemain, écoulement plus abondant.

Le septième jour tout est revenu normal. Dans l'intervalle la malade a reçu du sérum de convalescent, une injection de propidon, on lui a fait un abcès de fixation qui a bien pris et fut incisé le huitième jour.

Rien de particulier dans la suite à signaler. La cicatrisation est parfaite; mère et enfant quittent l'hôpital au jour en parfait état.

En résumé, on s'est trouvé en présence d'une rétention de lochies, le col insuffisamment dilaté au moment de l'opération n'ayant pas été ouvert et ayant retenu sang et caillots.

De cette observation, nous rapprocherons les observations suivantes, qui ont trait également à des césariennes segmentaires pour placenta prævia, inséré à la face antérieure du segment inférieur :

OBSERVATION XVI

(Service de M. le Professeur agrégé Le Lorier)

Mme D... R..., 23 ans, III-pare.

N'est jamais venue à la consultation.

6 mai 1925 (2 heures). — Entrée à l'hôpital après avoir fait chez elle une hémorragie (sang liquide et nombreux caillots).

A l'examen : Tête filant dans la fosse iliaque droite. Dos à droite. Bruits du cœur : bons. Membranes intactes. Col long. Avec une ceinture on arrive difficilement à maintenir la tête au détroit supérieur.

11 h. 15 : Col long, laissant introduire facilement l'extrémité du doigt. On tombe sur une masse molle, irrégulière, qui paraît être le placenta.

Très peu de contractions utérines.

Plus d'hémorragies.

12 h. 45 : Nouvelle hémorragie. Caillots abondants.

14 heures : Les contractions se rapprochent, sont plus fortes. Il s'écoule presque continuellement un peu de sang.

15 h. 45 : Intervention. Césarienne segmentaire pour insertion du placenta, impiétant légèrement sur l'orifice interne du col. Incision cutanée : allant du pubis à 2 travers de doigt sous l'ombilic. Ouverture de l'abdomen sans difficulté. Ouverture péritoine utérin à 5 millimètres au-dessus du cul-de-sac vésico utérin après placement d'un large écarteur sus-pubien et protection de la grande cavité avec des champs.

Incision du segment inférieur, après décollement du péritoine utérin poussé aussi loin que possible vers le haut et vers le bas.

On tombe sur le placenta. Celui-ci est rapidement décollé à la main, il s'étend vers la face antérieure du corps utérin.

L'œuf est ouvert ; le liquide amniotique s'écoule hors du

ventre. Avec la main, on saisit et on amène facilement la tête du fœtus, qui est aisément extrait, apnéique, mais facilement ranimé. On extrait ensuite l'arrière-faix, puis on tamponne le segment inférieur avec un champ tétra qu'un aide attire par le vagin. Suture du segment inférieur par une série de points séparés au catgut, enfouis sous un surjet au catgut.

Reconstitution par un sujet du péritoine vésico-utérin.

La paroi est suturée en trois plans : catgut, crins, agrafes.

Expression du l'utérus à travers la paroi abdominale.

On chasse de nombreux caillots.

L'utérus est bien contracté.

Anesthésie : éther (1 cmc. ergotine au début de l'anesthésie). Après le réveil, position 1/2 assise. Goutte à goutte rectal. Suites de couches normales.

OBSERVATION XVII

(Observation du service de M. le Professeur Brindeau)

Mme B... N..., II-pare, 38 ans.

Rien à signaler dans les antécédents personnels et héréditaires. Premier accouchement prématuré à 7 mois. Enfant actuellement vivant. D. R. : 25 août 1924.

Janvier 1925. — Fœtus mobile. Sacrum accessible à sa partie supérieure.

Février. — *Idem*.

1^{er} avril. — Fœtus mobile, vivant. Tête filant dans la fosse iliaque.

25 avril. — Examen de M. le Professeur Brindeau : « Fœtus mobile. Promonto-sous-pubien 10 cm. Faux promontoire sacré. Devra entrer pour césarienne en terme de sa grossesse. »

21 mai. — Entre au dortoir à la Clinique Tarnier.

26 mai. — Subitement, à 10 heures du matin la femme,

qui devait être opérée pour bassin rétréci, deux jours plus tard, perd du sang en abondance. Pas de douleurs. On décide l'intervention.

11 h. 20 : Césarienne basse, d'urgence, pour bassin rétréci compliqué de placenta prævia.

Anesthésie rachidienne. Résultats parfaits. Pas de vomissements, mais légère pâleur. La femme ayant eu une menace de syncope, on lui donne un peu d'éther. Elle va de suite mieux.

Incision médiane sous-ombilicale. Segment inférieur mince, surtout en bas, soulevé par la tête qui fait saillie et qui est élevée. Vessie en position normale. Décollement du péritoine dont la zone de libre attache ne remonte pas très haut. Segment inférieur bien marqué. Incisé verticalement, on note qu'il est épais en haut, mince en bas. Le doigt dans la bouche du fœtus amène la face en avant; extraction du fœtus sans forceps. Fille qui crie de suite pesant 3.090 grammes.

Le placenta s'insère en arrière, il est nettement prævia. Délivrance par expression. La zone d'insertion placentaire saigne en nappe au niveau de l'orifice interne du col. Suture du segment en deux plans. La face antérieure étant très mince, le fascia est moins épais qu'à l'ordinaire. Péritonisation en deux plans, très facile et très complète. Hémorragie nulle. La cavité péritonéale n'a pas été souillée. En somme cas facile. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires parfaites.

Mais si nous admettons que pratiquement, le fait que le placenta bas inséré n'est pas un obstacle à l'incision du segment inférieur, si même nous acceptons que l'examen direct de l'aire placentaire nous donne un supplément de garantie, la question est de savoir ce que vaut l'intervention pour les cas douteux que nous savons si fréquents. Si la césarienne basse présente un avantage notable sur l'opération classique au

point de vue de l'infection, on conçoit l'intérêt de la question dans le cas qui nous occupe, puisque nous savons que, par définition, en raison du siège bas de l'insertion placentaire, en raison des hémorragies qui en découlent, la femme qui a un *prævia* est plus que toute autre prédisposée à l'infection. Si on peut accepter le recours à la césarienne classique dans certains cas très favorables chez une femme, qui, par exemple, sans avoir saigné à la fin de sa grossesse, présente au début de son travail une hémorragie qui commande l'intervention, serait-il sage de suivre la même technique chez celles qui saignent depuis plusieurs mois et chez lesquelles on ne peut raisonnablement considérer les cas comme « purs » ? Pour limiter le plus possible les risques d'infection, doit-on abandonner la section classique et pratiquer la césarienne segmentaire ? Il nous le semble, car, quelques critiques qu'on lui ait adressée, nous croyons, comme nous avons pu nous en rendre compte dans les services des Professeurs Brindeau et Jeannin, que la section basse apporte un nouvel élément de sécurité, pour les raisons que nous avons indiquées. On ne peut pas ne pas être frappé à la lecture des succès accusés avec la voie basse par les auteurs allemands en particulier. Aussi, si l'on considère que la grande cause des décès après la césarienne classique est précisément l'infection, n'y a-t-il pas lieu de se demander si dans le placenta *prævia* comme ailleurs la supra-symphysaire n'est pas susceptible d'améliorer les résultats ? et n'y a-t-il pas lieu de penser que cette césarienne qui semble constituer un progrès vis-à-vis de l'infection n'apporterait pas un abaissement des pourcentages de mortalité. La section segmentaire nous paraît donc la meilleure des méthodes. Entre ces cas absolument purs et pour lesquels nous estimons la voie basse préférable quoique discutable,

et ceux où l'infection des voies génitales est telle que seule l'hystérectomie est capable de sauver la mère. il en est d'autres nombreux, où les accidents non encore apparus sont particulièrement à craindre. C'est ce qui arrive notamment quand on se trouve en présence de femmes ayant été touchées voire même tamponnées et où il ne saurait être question de cas pur. Dans cette première éventualité, en l'absence de tout signe d'infection, c'est à l'incision segmentaire avec sa bonne protection péritonéale que nous aurons recours. Il en serait autrement dans les cas où l'infection est manifeste, où celle-ci, avant l'intervention, se traduit par une notable élévation thermique, une accélération du pouls. Ici la voie basse n'est plus seule acceptable et on ne peut admettre, l'infection étant évidente, qu'elle donne des garanties suffisantes. Il faudra par un drainage compléter l'opération. Non seulement malgré les précautions, les inoculations septiques de la grande cavité par le sang et le liquide amniotique sont possibles au cours de l'intervention, mais contre l'infection secondaire de la plaie utérine, et contre l'inoculation péritonéale on ne sera pas suffisamment armé même avec l'excellente protection péritonéale qu'on obtient en rabattant en pans de redingote les feuillets viscéraux du péritoine au cours de la césarienne segmentaire. On ne peut en effet, comme le faisait remarquer Kower au Congrès de 1921, se faire l'illusion que la méthode basse nous donne la garantie de 0 0 0 dans tous les cas. Serait-ce ce lambeau de péritoine vésico-utérin qui protégerait absolument contre l'infection? L'incision basse protège la cavité péritonéale moins bien contre la contamination pendant l'opération que l'incision haute sur l'organe extériorisé. L'infection secondaire choisit le tissu sous-péritonéal après l'opération cervicale au lieu du péritoine après la classique.

C'est dans ces conditions que nous croyons, la césarienne étant admise, qu'il y aurait indication pour éviter les accidents péritonéaux à utiliser le drainage abdominal à la Mikulicz, comme le suggérait récemment notre maître, M. le Professeur J.-L. Faure. Nous sommes convaincus, après avoir constaté dans son service les excellents résultats obtenus par ce mode de drainage, en pratique gynécologique, que ce dernier trouverait son utilisation après la césarienne dans les cas « impurs ». Alors que ce drainage ne nous paraît pas satisfaisant et judicieux après la césarienne classique, *alors qu'il ne nous semble pas qu'on puisse en pleine cavité péritonéale, et sur un organe essentiellement mobile se relâchant et se contractant sans arrêt, comme l'utérus « post-partum », établir avec un Mikulicz le drainage cherché et le barrage entre la plaie utérine et les anses intestinales, nous pensons qu'il en est autrement avec la supra-symphysaire.* Pour les nombreuses raisons porte sur le segment inférieur, doit au contraire donner les meilleurs résultats. Le fait d'être au contact non plus du péritoine abdominal, mais pelvien, celui de reposer sur un utérus immobile et sur un fond bien délimité, d'être moins en rapport avec la masse intestinale que dans le cas précédent, font que le Mikulicz nous semble plus justifié avec la section segmentaire où ses conditions d'application se rapprochent de celles qu'on réalise chaque jour en pratique gynécologique.

Sans doute, la Mikulicz n'empêchera pas l'infection par voie sanguine et il ne faudra pas lui demander plus qu'il ne peut donner, l'hystérectomie gardant dans certains cas ses indications. Mais en dehors de ceux-ci, c'est non pas à l'opération de Portes qui a l'avantage d'être facile et rapide que nous demanderons la solution; nous ne pensons pas que celle-ci soit exempte de dangers et nous estimons, plus chirurgicalement, obtenir

de meilleurs résultats avec la césarienne basse suivie de drainage. Sans entrer dans les détails de technique actuellement à l'étude, les quelques exemples récents que nous avons pu relever jusqu'ici dans les services de MM. les Professeurs Brindeau et Jeannin, de supra-symphysaires avec Mikulicz ont d'ailleurs donné les meilleurs résultats.

La question du drainage utérin après la césarienne abdominale. — Une des questions les plus importantes lorsqu'on pratique la césarienne est celle du drainage de l'utérus. Si l'on intervient, en effet, le col fermé, si l'on opère avant le début du travail, par conséquent avant toute dilatation, le sang qui s'écoule inévitablement des sinus placentaires ouverts au cours de l'intervention stagne dans la cavité utérine et ne peut facilement s'écouler au dehors. Il y a là plus encore après une insertion basse que dans tout autre cas, un véritable danger d'infection sur lequel on a attiré l'attention. C'est ce qui explique la raison pour laquelle quelques chirurgiens interviennent plus volontiers lorsque le col présente une certaine dilatation, pour laquelle aussi d'autres pratiquent le tamponnement. Nous avons eu personnellement l'occasion d'observer après une césarienne basse pour *prævia*, un cas particulièrement intéressant de lochiométrie chez une femme opérée au début de son travail avec un col à peine dilaté (observation XIII).

Cette notion nous paraît donc capitale, et il est possible que du bon drainage utérin dépende souvent le succès. C'est pourquoi nous pensons qu'il y aurait intérêt, au cours d'une césarienne pour *prævia*, l'utérus étant incisé, d'agrandir l'orifice cervical à la pince, si la dilatation est insuffisante. Au besoin même, on pourrait discuter de l'emploi du tamponnement que certains utilisent et qui aurait le double but d'une part

d'agir directement contre l'hémorragie, d'autre part d'établir le drainage de la cavité utérine. Ceci bien entendu à la condition que ce tamponnement soit laissé très peu de temps, pour écarter au maximum les risques d'infection.

3^o De la section césarienne vaginale

L'opération césarienne vaginale est par un certain nombre d'auteurs ardemment défendue dans l'insertion basse du placenta. Préconisée en Allemagne par Dürrhsen en 1855 comme méthode d'évacuation rapide de l'utérus, elle suscita pendant plusieurs années de nombreuses critiques. En France en particulier, cette intervention à la fois obstétricale et chirurgicale n'eut pas grand succès et les dilatations manuelle ou instrumentale restèrent pendant longtemps à peu près les seuls procédés employés. MM. Brindeau et Jeannin furent, dans notre pays, les premiers à pratiquer la césarienne vaginale et ce sont eux qui contribuèrent surtout à vulgariser la méthode.

Nous rappelons rapidement que le principe de l'opération consiste à supprimer l'obstacle apporté à la sortie du fœtus par les parties molles (col et segment inférieur), et à remplacer la dilatation progressive naturelle ou artificielle par une ouverture aussi large que possible obtenue par incision de ces parties molles. De multiples procédés ont été décrits. Le plus habituel est le suivant : ouverture de l'utérus par deux incisions, une antérieure, une postérieure après abaissement du col, mise à nu du segment inférieur en avant ou en arrière par une double colpotomie qui a le double but d'écarter la vessie et de protéger le rectum. Possibilité d'ailleurs de n'inciser que la lèvre antérieure, suivant les indications de Bumm. L'extraction de l'en-

fant est alors possible par forceps ou version et la délivrance artificielle pratiquée. Le troisième temps de l'intervention consistera en une réparation des parties utérines sectionnées, par des points séparés au catgut, un tamponnement bien serré écartant les dangers de l'hémorragie. Ainsi pratiquée, cette élégante césarienne vaginale présente l'immense intérêt d'évacuer rapidement l'utérus, alors que l'accouchement forcé est impossible. Elle présente d'autres avantages : en dehors de ce fait qu'elle est une opération simple, elle est très peu choquante, comme toutes les interventions vaginales; elle l'est infiniment moins, en tout cas, que celles pratiquées par voie haute, abdominale. C'est une opération possible lorsque la présentation n'est pas engagée et ceci est particulièrement intéressant dans l'insertion basse. Enfin et surtout, avec elle, les dangers d'infection sont considérablement réduits par rapport aux hystérotomies abdominales. Alors qu'on a des chances parfois de courir à un échec avec la voie haute, alors que l'accoucheur n'ose pas, en raison de l'état de la femme, tenter la césarienne abdominale, alors qu'on ne peut songer à la dilatation artificielle du col par suite du défaut de souplesse des tissus, la césarienne vaginale est indiquée si on se trouve dans la nécessité d'évacuer immédiatement l'utérus.

Cependant, un certain nombre de conditions doivent être réunies pour que soit possible cette césarienne vaginale; il est classique d'admettre que trois éléments sont particulièrement en faveur :

Le petit volume de l'enfant ;

L'absence de grosse infection ;

La souplesse des parties molles.

Sans être des contre-indications formelles, le fait qu'elles ne se sont pas réalisées doit, quoiqu'en ait dit Dürrhsen, dès 1910, faire hésiter devant l'inter-

vention. Contre-indication moins absolue à l'opération par voie vaginale que la présence d'un véritable obstacle proëvia. (bassin rétréci, tumeur proëvia) le placenta bien inséré, comme on peut s'en rendre compte par les publications des auteurs français avant la guerre, devait faire rejeter l'opération. En 1905, au Congrès de Pesth, M. Bar écrit dans les conclusions de son rapport : « on hésitera à pratiquer la césarienne vaginale quand le fœtus est volumineux, quand une insertion basse du placenta peut faire craindre que l'incision attaque le placenta. » M. Jeannin, l'année suivante, indiquait comme condition nécessaire au succès de l'opération, l'absence d'insertion vicieuse.

C'est qu'en effet, déjà, on discutait beaucoup de la césarienne vaginale comme procédé d'évacuation rapide de l'utérus à employer dans le proëvia. Il semble qu'elle ait été depuis longtemps, quoique rarement, pratiquée, puisque, dès 1899, Lauro de Naples l'avait proposée en substitution des procédés de dilatation habituels dans les cas qui nous occupent. Bumm, six ans après, s'en déclarait partisan dans certaines conditions et en rapportait 4 exemples. En 1906, au Congrès de Milan, Caturani lui est favorable, car il trouve pour la mère par cette opération la meilleure solution. Krönig qui l'accepte dans les cas non nettement infectés alors que le placenta s'insère en arrière la défend en Allemagne avec Thies, Baisch et Döderlein. Comme Krönig, Winter la déclare inopportune quand le placenta s'insère en avant et relate 3 décès de mère sur 42 cas (Congrès de Pesth, 1910) par prolongation de l'incision. En 1913, Döderlein, au Congrès de Londres, présente une statistique de 159 cas avec une mortalité maternelle de 11,3 0/0 et une mortalité fœtale de 21,7 0/0. Quoi qu'il en soit, cette méthode ne rentrait pas dans le cadre des moyens à employer en cas d'in-

sersion vicieuse et à l'heure actuelle encore, très peu de césariennes vaginales ont dû être pratiquées dans ce but chez nous.

En effet, si l'opération n'est pas sans danger, les critiques qu'on peut lui faire en cas de *prævia* ont une grande importance. Un certain nombre d'accidents immédiats peuvent en effet s'observer : les hémorragies, la déchirure de l'utérus, les lésions du voisinage, les accidents infectieux. Paraissant exceptionnelles au cours des césariennes vaginales ordinaires, les hémorragies d'une part, les déchirures de l'utérus de l'autre (prolongation de l'incision utérine, apparition d'une scissure branchée sur la section initiale, éclatement du col et du segment inférieur) paraissent devoir être les plus fréquents de ces accidents en cas de *placenta prævia*. Il semble que l'état de friabilité et de grande vascularisation du segment inférieur soient de nature à arrêter même les plus interventionnistes. Deux arguments plaident donc contre cette opération : la grande prédisposition aux hémorragies, les très gros risques des déchirures par propagation de l'incision sur le segment inférieur friable. C'est pourquoi certains accoucheurs ont abandonné la voie vaginale pour ce motif qu'elle n'offre aucune garantie que la section ne s'agrandisse, et aussi parce qu'elle ne permet pas une hémostase assez rigoureuse en cas de *placenta* solidement fixé.

Dans l'ensemble d'ailleurs, aujourd'hui, sont rares les auteurs qui semblent portés vers la césarienne vaginale. C'est au moins l'impression qui se dégage de la lecture des articles publiés sur ce point, impression que confirment les réponses reçues à notre questionnaire. Parmi ces dernières nous citerons celle particulièrement intéressante de Essen-Møller (Lund) qui a pratiqué de nombreux cas de césariennes vaginales pour *placenta prævia* et qui nous écrit :

« 1^o Je ne fais jamais de césarienne abdominale après une exploration vaginale;

« 2^o Dans mes derniers cas de césariennes vaginales, j'ai quelquefois commencé par une version podalique et puis incisé le col contre la cuisse de l'enfant, ce qui me paraît donner deux avantages : l'hémorragie limitée par la jambe tamponnante et la possibilité de mettre les sutures très peu de temps après l'incision;

« 3^o Je ne doute pas du tout que la césarienne abdominale ne soit justifiée, mais je ne suis pas convaincu que la césarienne vaginale soit une bonne opération pour placenta prævia et j'avoue que ce n'est pas toujours avec une conscience parfaitement tranquille que je m'y suis décidé. »

Suit une statistique de l'auteur de 16 cas d'intervention par section césarienne vaginale, avec un décès maternel par rupture utérine (prolongation de l'incision) et 5 décès d'enfants (dont 2 prématurés).

Quelques auteurs, malgré tout, restent favorables à l'opération dans des cas bien établis. C'est d'abord quand l'évacuation de l'utérus s'impose avant terme. S'ils la rejettent lorsque la grossesse est près du terme, ils admettent au contraire qu'elle devient l'intervention de choix quand les produits n'étant pas viables, il faut vider rapidement la cavité utérine. Un des défenseurs de cette opinion, l'auteur allemand Schulte, donnait récemment une statistique de 27 cas d'hystérotomies vaginales antérieures, sans mortalité maternelle, l'intervention étant pratiquée avant la trente-cinquième semaine de la grossesse.

La césarienne vaginale serait de même l'opération de choix lorsqu'on se trouve en face d'un placenta prævia avec présentation engagée. Nous rapportons à ce sujet une très intéressante observation que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Jeannin.

OBSERVATION XVIII

Observation de M. le Professeur Jeannin

(Malade de la clientèle privée)

Primipare, 25 ans, très bien portante. Aucun antécédent. Arrive au plein terme de sa grossesse qu'elle semble avoir légèrement dépassée.

Fœtus en gauche antérieure très bien engagé.

Début du travail 5 heures du matin. Très rapidement hémorragie peu abondante, persistante mais suffisante pour amener de la pâleur marquée et de l'accélération du pouls.

Examen à 10 heures, dilatation à peine de 5 francs. Col effacé. On sent le bord placentaire à droite. Etant donné l'engagement de la tête, la formation du segment inférieur, on décide une césarienne vaginale qui est faite séance tenante. Extraction d'un fœtus de 4.000 grammes vivant. Délivrance immédiate, tamponnement. Aucune suite opératoire anormale.

Que faut-il penser en cas de *prœvia* de cette opération facile, rapide, qui a des chances d'éviter l'infection du péritoine et au cours de laquelle il ne semble pas, si on se base sur les quelques cas rapportés, que les hémorragies soient très à redouter? Il ne nous apparaît pas que les risques soient suffisants pour faire rejeter l'opération. De même si l'enfant est petit comme cela arrive souvent en cas d'insertion basse, si l'opération est bien conduite, sans brutalité, les chances de déchirures paraissent assez peu redoutables. D'ailleurs, l'incision du segment inférieur au cours d'une césarienne vaginale n'est pas plus paradoxale que le fait d'ouvrir la même portion de l'utérus au cours d'une supra-symphysaire. Puisque nous concevons que l'insertion du placenta sur la face antérieure du segment

inférieur n'est pas un obstacle à l'incision de ce segment, on peut accepter parfaitement l'évacuation de l'utérus par voie vaginale. Bien que nous n'ayons que très peu d'exemples sur lesquels nous appuyer, nous pensons que l'opération garde ses indications en cas de placenta prævia quand l'enfant est petit, que l'infection est à redouter, surtout si nous savons que le placenta est fixé à la face postérieure du segment inférieur.

Elle doit donner de bons résultats quand l'hémorragie survenant avant terme, vers la fin du huitième mois par exemple, commande l'intervention chirurgicale; quand on sait que l'enfant est de petit volume, d'autant plus qu'on peut avoir parfois des raisons de penser sinon à la grosse infection, du moins à la sub-infection des voies génitales.

C'est à elle que nous recourrons de même, quand la gravité des accidents exige l'intervention immédiate, l'enfant n'étant pas viable. Alors elle nous paraît très justifiée. Enfin c'est à elle que nous en appellerons, quand chez une femme qui perd beaucoup on se trouve devant une présentation engagée, le placenta couvrant l'orifice cervical: éventualité clinique peu fréquente, mais qui peut se rencontrer, comme le montre l'observation que nous avons mentionnée. Sans doute, il nous paraît que la césarienne vaginale ne peut être considérée comme la méthode de choix dans l'insertion vicieuse. Ce que nous avançons semble confirmé par ce fait que beaucoup qui l'employèrent semblent l'avoir abandonné. A l'heure actuelle elle compte peu de partisans. Les trois cas que nous avons énumérés représentent à nos yeux les indications de la césarienne vaginale que nous croyons dans cette occurrence supérieure aux autres procédés. Elle ne mérite pas d'être rejetée systématiquement, elle a ses indications parti-

culières, elle doit rentrer dans le cadre des procédés chirurgicaux parmi lesquels nous aurons à choisir en cas d'insertion vicieuse.

4° Les incisions du col

Leurs indications sont évidemment très limitées dans l'insertion vicieuse. Elles se rapprochent du cas précédent; elles peuvent au cours de la grossesse faciliter dans certains cas l'évacuation de l'utérus.

5° De l'Hystérectomie

Reste l'hystérectomie qui peut avoir elle aussi dans l'insertion basse ses indications. Ce sera toujours avec grande réserve et longue réflexion que sera prise la décision d'enlever l'utérus. Elle doit être considérée comme une intervention très sérieuse, non pas seulement parce qu'elle est choquante, mais aussi et surtout parce qu'elle entraîne la suppression de la fonction. Nous ajouterons qu'elle a des chances en cas d'insertion vicieuse d'être pratiquée sur des femmes anormalement affaiblies et anémiées, ce qui ajoute un élément de plus à la gravité de l'opération. Ces indications en pratique se posent de différentes façons : tantôt elles s'imposent en quelque sorte, certains accidents exigeant l'extirpation immédiate de l'utérus, tels que les manifestations infectieuses particulièrement graves. Parfois des complications surviennent tellement sérieuses qu'on doit devant leur constatation discuter de l'hystérectomie : les grosses hémorragies par exemple. Dans d'autres cas au contraire, on est amené à la pratiquer parce qu'on a pu au cours d'une césarienne constater la présence d'altérations de l'utérus : infiltration et déchirure utérine, adhérence placentaire, hé-

matomes sous-péritonéaux. Tantôt enfin ce sont des lésions associées (découverte d'un fibrome, d'un néoplasme) qui peuvent conduire à la suppression de cet organe.

Les indications de l'hystérectomie dans le proëvia peuvent donc se résumer de la façon suivante :

- a) *Certaines grosses hémorragies ;*
- b) *Certaines infections graves ;*
- c) *Certaines lésions utérines liées à l'existence d'un placenta prævia ou coexistant avec lui.*

L'hystérectomie peut, en effet, se discuter dans certaines grosses hémorragies, l'ablation de l'utérus constituant évidemment un moyen auquel on peut avoir recours pour obtenir une hémostase rapide et sûre. L'hémorragie peut parfois être telle, l'anémie de la femme si grande qu'on peut être amené à choisir une méthode qui limite au minimum ces pertes de sang. Les procédés obstétricaux depuis le tamponnement jusqu'à la version, ni même la césarienne qui entraîne obligatoirement la spoliation d'une certaine quantité de sang, ne donneront des garanties suffisantes et n'apporteront la solution du problème aussi sûrement et aussi rapidement que l'hystérectomie. A condition qu'on la pratique sans incision préalable de l'utérus, afin d'éviter la perte de sang, et pour aller vite, on limite les hémorragies et on n'augmente pas sensiblement l'anémie du sujet. L'ablation de l'utérus en bloc sans incision préalable est compatible avec la vie de l'enfant, à condition qu'elle soit rapidement menée. Chez la multipare l'hystérectomie pour hémorragie est parfaitement défendable. A côté de ces interventions décidées à l'avance, on peut admettre qu'on sera amené à pratiquer l'hystérectomie si au cours d'une césarienne entreprise chez une femme déjà très affaiblie, on constate une abondante hémorragie par inertie utérine,

ou par lésions du segment inférieur par exemple. L'intervention a l'avantage de faire gagner du temps et dans certains cas graves, il est incontestable que la ligature des vaisseaux qu'elle a nécessité, provoque beaucoup plus rapidement l'arrêt des hémorragies qu'on ne l'obtiendrait avec tout autre moyen. La grosse hémorragie peut donc être une indication à l'hystérectomie et M. Couvelaire, dès 1912, estimait qu'une de ses indications devait être tirée « de la nécessité de réaliser immédiatement une hémostase définitive. »

Ainsi tentée l'opération reste malgré tout une hypothèse clinique très exceptionnelle. Il n'en est pas de même de celle que nous pouvons être conduits à pratiquer eu égard de l'infection. Il est naturel de songer qu'on aura intérêt à enlever l'utérus alors que l'infection n'est encore que locale, avant qu'elle ne se soit généralisée. Localisées tout d'abord à la muqueuse utérine, les lésions s'étendront en surface et infiltreront le muscle lui-même. Dès que la frontière formée par la muqueuse sera dépassée et avant que l'infection ne se soit étendue, quelle autre méthode que l'hystérectomie peut-on songer à employer avec quelques chances de succès? La facilité avec laquelle se constituent les septicémies lorsqu'on constate des signes d'infection au cours du travail est grande. Nous savons combien les différents traitements auxquels on peut avoir recours dans le post-partum sont le plus souvent inefficaces et impuissants à empêcher l'éclosion de cette infection généralisée. Ces raisons expliquent suffisamment les motifs pour lesquels l'opération est défendable en cas d'infection utérine nettement constatée. C'est donc à elle que nous nous adresserons, à elle qui seule a des chances de réussite chez des femmes qui avec un placenta prævia ont une température élevée, un pouls rapide et des signes généraux traduisant l'existence de cette infection utérine.

Ecarter ou différer l'ablation de l'organe serait très grave, on se trouverait les jours suivants complètement désarmé si l'infection générale éclatait. Si en cas d'infection utérine notoire le diagnostic est facile, s'il nous semble que dans de tels cas l'hystérectomie est le seul moyen de diminuer les risques de mort de la femme, il n'en est plus de même lorsque les risques d'infection sont faibles. Pourrons-nous sur les signes cliniques par lesquels cette infection se manifeste, trouver des arguments suffisants pour intervenir? Ne risquerons-nous pas de différer trop le moment de l'opération en méconnaissant ou en jugeant trop légers les signes observés? Ne ferons-nous pas dans d'autres cas en enlevant l'utérus une intervention plus importante qu'il ne le faudrait? Ne serait-il pas sage dans ces conditions de pratiquer une césarienne supra-symphysaire avec drainage? Il n'y a ici bien entendu aucune règle, c'est sur l'impression qu'il retire de son examen et sur son expérience que l'accoucheur en décidera.

Enfin il y a, à côté de ces indications à l'hystérectomie les altérations et les lésions utérines. Parmi les premières il faut citer les déchirures du segment inférieur et les adhérences du placenta. Peu fréquentes les unes et les autres, nous l'avons vu, elles sont cependant suffisantes parfois pour qu'on se résigne à la méthode mutilante et nous en rapportons une observation (observation I) due à l'obligeance de M. le professeur Brindeau où l'hystérectomie fut pratiquée en raison d'adhérences placentaires. De cette observation, nous rapprochons celle très instructive où la femme opérée se présentait avec tous les signes brusques de l'insertion basse, alors qu'on découvrit à l'intervention, une hémorragie rétro-placentaire avec altération du muscle utérin. L'hystérectomie fut alors pra-

liquée avec succès. Elle seule était capable d'amener la guérison. Enfin, la présence de lésions pathologiques indépendantes de l'insertion vicieuse telles que le fibrome et le cancer utérin conduiront l'accoucheur à tenter l'intervention. Telles sont les différentes raisons qui plaident en faveur de l'hystérectomie. Si on la décide quel procédé suivrons-nous? L'un deux, très rapide, l'opération de Porro fut un moment très en faveur. Les multiples complications qu'elle peut entraîner, en particulier les hémorragies secondaires, les accidents septiques, les éventrations, l'ont fait presque totalement abandonner. Presque aussi rapide et chirurgicalement bien supérieure, l'hystérectomie sub-totale peut être facilement réalisée et c'est à elle qu'il est aujourd'hui préférable de nous adresser. Le mieux afin d'éviter les inoculations septiques de la grande cavité par le liquide amniotique est de la pratiquer sans ouverture préalable de la cavité de l'utérus. L'hystérectomie abdominale sub-totale sans ouverture de l'œuf sera donc la méthode de choix dans les cas infectés. Dans le double but de gagner du temps et de diminuer les risques d'infection secondaire, elle sera complétée dans tous les cas par un bon drainage à la Mikulicz.

L'hystérectomie est donc une intervention parfaitement logique en cas d'insertion vicieuse, elle seule sera capable parfois d'arrêter une grave hémorragie, d'en limiter les risques. Souvent elle empêchera l'éclatement d'une infection qui peut se généraliser. Elle restera bien entendu une méthode exceptionnelle toujours entreprise à contre cœur à laquelle il faudra pourtant savoir se résigner faute de mieux. Il va de soi que nous n'aurons pas les mêmes scrupules chez la parturiente âgée ou chez les femmes qui à côté de l'insertion vicieuse de leur placenta présentent des lésions associées, des fibromes par exemple.

OBSERVATION XIX

Due à l'obligeance de M. le Professeur Brindeau

(Clientèle privée)

Madame T..., 35 ans, II-pare, 1924.

Premier enfant âgé de 18 ans. Suivie par son médecin durant toute sa grossesse.

Au huitième mois, pertes de sang liquide importantes, sans douleur. A l'examen (M. Brindeau) enfant vivant; pas de travail, bon état général, pouls à 90.

Huit jours durant elle reste au lit au repos sans incident. Alors survient une nouvelle hémorragie moins abondante que la première.

Elle entre en maison de santé.

Après huit jours d'attente, quelques douleurs apparaissent accompagnées de pertes légères. Le col est perméable mais dur et résistant. L'index touche directement le placenta.

Césarienne classique. L'utérus extériorisé, on s'aperçoit qu'il contient un certain nombre de petits fibromes.

Hystérectomie très facile, suites opératoires normales, l'enfant pesait 2.400 grammes.

Le placenta s'insérait totalement sur le segment inférieur.

Telles sont les différentes interventions chirurgicales susceptibles d'être utilisées en cas de placenta prævia. Avant d'exposer nos conclusions, nous apportons quelques chiffres qui nous ont été fournis en réponse au questionnaire suivant que nous avons adressé à un certain nombre de professeurs étrangers :

a) *Etes-vous opposé au traitement chirurgical du placenta prævia ?*

b) *Pensez-vous que le traitement du placenta prævia doit évoluer vers la voie chirurgicale ?*

- c) *Dans quel cas opérez-vous ?*
- d) *A terme ?*
- e) *Avant ou au moment du travail ?*
- f) *Quel est l'état du col qui vous paraît le meilleur pour intervenir ?*
- g) *Sur quels caractères des hémorragies vous basez-vous pour intervenir ?*
- h) *Conseillez-vous également la méthode chirurgicale chez la multipare ?*
- i) *Ou la primipare ?*
- j) *Tenez-vous compte de la variété de l'insertion basse du placenta ?*
- k) *Comment opérez-vous ?*
- l) *César. vaginale ?*
- m) *César. supra-symphysaire ?*
- n) *César. classique ?*
- o) *Hystérectomie ?*
- p) *Combien avez-vous de cas traités chirurgicalement ?*
- q) *Quel est le résultat ?*
- r) *Pour la mère ?*
- s) *Pour l'enfant ?*

Regrettant de n'avoir pas autant de réponses que nous l'aurions souhaité, nous exprimons tous nos remerciements à ceux qui ont bien voulu nous adresser avec leurs opinions sur la question du placenta prævia, leurs résultats opératoires. En les résumant nous obtenons un total de 376 interventions chirurgicales pratiquées à l'étranger pour insertion vicieuse. Nous les rapprochons des 27 observations que nous avons recueillies à Paris dans les services de MM. les professeurs Brindeau, Jeannin, Metzger et Le Lorier.

(Voir le tableau reporté aux pages 164 et 165).

NOMS	Nombre d'interventions cliniques pour placenta prævia	Mortalité maternelle	Mortalité fœtale
Brindeau (Clinique Tarnier, Hôpital de la Pitié).....	17	1	1 mort avant l'opération.
Jeannin (Hôpital de la Pitié).....	7	2	2 Un mort avant l'opération Un prématuré de 1.600 gr. (césarienne vaginale).
Métzger (Hôp. Tenon)..	1	0	0
Le Lorier (Hôp. Boucicaut).....	$\frac{2}{27}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{3}$
Totaux.....	27	3	3

Soit une mortalité maternelle de..... 11,11 %
 — : fœtale de..... 11,11 —

A signaler que sur les trois mères décédées, une fut opérée *in extremis* par M. Jeannin.

Sur trois enfants morts, deux l'étaient avant intervention. Le troisième extrait à six mois et demi pesait 1.600 grammes.

Dans les trois cas, l'intervention fut décidée uniquement pour la mère, la question de la vie de l'enfant étant systématiquement écartée. Le pourcentage de mortalité fœtale est donc infiniment plus faible en réalité que celui que nous avons donné.

NOMS	VILLES	CÉSARIENNE classique		CÉSARIENNE supra-symphysaire		CÉSARIENNE vaginale		HYSTÉRECTOMIE	
		Nombre des cas	Mortalité mères	Nombre des cas	Mortalité mères	Nombre des cas	Mortalité mères	Nombre des cas	Mortalité mères
Beutner	Genève	5	1	8	3	3	0		
Brouha	Liège	J'ai opéré par césarienne classique, rarement supra-symphysaire, jamais par césarienne vaginale. A répondu sans donner de chiffres.							
Caruso	Catane								
Canton	Buenos-Ayres	7	0						
Georgi	Bucarest								
Essen Moller	Lund	12	1			16	1		
Hauch	Copenhague	6	0			5	0		
Heurotay	Anvers	3	1						
Kieffer	Bruxelles	6	0						
Nyhoff	Groningen	48	3	Dans quelques cas suivis d'hystérectomie quand il y a atonie et que la femme est une grande multipare.					
De Lee	Chicago	8	0						
Nubiola	Barcelone	2	0						
Pestalozza	Rome	J'ai opéré d'abord par césarienne classique, derniers cas par césarienne supra-symphysaire, cas grave: opération de Porro.							
Sfameni	Bologne	21	3						
Turenne	Montevideo	3	0						
Van der Hoeven	Leyde	50							
Walther	Zurich	Césarienne supra-symphysaire si insertion connue du placenta sur paroi postérieure. Césarienne classique si insertion probable par un segment sur paroi antérieure.							
Williams	Baltimore	N'a pas communiqué de chiffres. N'a pas communiqué de chiffres, est partisan de la césarienne.							
Van Rooy	Amsterdam								
Guggisberg	Berne			39	1				
Moukeberg	Santiago de C.	13	3						

Total..

TOTAL des cas	MORTALITÉ maternelle	EN POURCENTAGE	MORTALITÉ infantile	EN POURCENTAGE	DONT.
16	4	25 %	5	31,25 %	2 prématurés 1 macéré
15	1	6,66 —	2	13,33 —	
7			1	14,28 —	
3			1	33,33 —	1 prématuré
34	2	5,88 —	7	2,05 —	
11	1	9,09 —	3	27,27 —	2 prématurés 1 mort avant l'inter- vention
3	1	33,33 —	0		
6	0		0		
48	3	6,25 —	8	16,66 —	
36			3	8,33 —	
2	0		0		
19	3	15,88 —	3	15,88 —	
21	3	14,28 —	6	28,57 —	
3			0		
50		2 —	presque tous vivants		
50	1	2 —	17	34 —	13 étaient ou : morts avant ou prématurés malformés
39	1	2,56 —	9	23,07 —	
13	3	23,07 —	2	15,38 —	1 prématuré 1 mort avant opé- ration
376	23	6,11 %	67	17,82 %	



CONCLUSIONS

Les interventions d'ordre chirurgical ont leurs indications dans certains cas d'insertion vicieuse. Le traitement de cette complication a nettement évolué dans cette voie depuis une quinzaine d'années, et on tend de plus en plus, à terme ou près du terme, à résoudre par la césarienne ou l'hystérectomie certains cas particulièrement graves du placenta prævia, autrefois confiés aux seuls procédés obstétricaux.

Les arguments en faveur de la chirurgie sont nombreux :

1^o Quelles qu'elles soient, les méthodes obstétricales sont lentes, fréquemment inefficaces et souvent dangereuses;

2^o Les complications graves de l'insertion basse résultent en grande partie d'accidents mécaniques, liés à la distension du segment inférieur et aux lésions que celui-ci présente. Le travail favorise la distension, les manœuvres obstétricales des lésions. En évitant l'une et les autres, la méthode chirurgicale serait dans de nombreux cas le procédé de choix vis-à-vis de l'hémorragie, du shock, du traumatisme. Elle le serait aussi, bien souvent, vis-à-vis de l'infection, soit en évitant des manœuvres toujours dangereuses sur l'œuf et l'utérus, soit en empêchant par l'hystérectomie l'extension d'une infection encore limitée à l'utérus;

3^o Plus sûres, plus prudentes, moins aveugles que les

procédés obstétricaux, les méthodes chirurgicales offrent l'immense avantage de sauver un très grand nombre d'enfants et on peut dire qu'avec la chirurgie l'enfant n'est plus actuellement considéré comme une valeur négligeable dans le placenta prævia.

Quelque valeur que puissent avoir les arguments énumérés, on ne peut encore actuellement considérer la césarienne comme une méthode parfaite et comme la seule justifiée dans l'insertion basse :

1^o Les risques immédiats ou tardifs qu'elle comporte font qu'elle doit encore à l'heure actuelle être considérée comme une intervention sérieuse. Alors qu'on peut, grâce à elle, s'estimer à peu près maître des hémorragies, on ne possède pas une garantie absolue contre les risques d'infection qu'elle peut entraîner. C'est là le plus gros écueil, plus important, peut-être, dans le placenta prævia que dans n'importe quelle autre circonstance;

2^o Le trouble que la césarienne apporte à la fonction génitale, en limitant le nombre des grossesses à venir, la possibilité de ruptures tardives, évidemment rares, mais possibles, doivent faire utiliser avec réserve cette opération;

3^o Loin d'être toujours indiquée vis-à-vis de la mère, l'intervention chirurgicale sera souvent à rejeter, le degré d'élasticité et de dilatabilité du col permettant dans de nombreux cas une rapide intervention par voie basse;

4^o Il est évident qu'elle n'est pas dans tous les cas indiquée vis-à-vis de l'enfant, parfois prématuré, dont la viabilité est compromise.

Des résultats globaux que nous avons recueillis tant à Paris qu'à l'étranger, il ne semble pas que la césarienne donne pour la mère des résultats meilleurs que

les procédés classiques, puisque nous trouvons un pourcentage de mortalité maternelle de 11,11 0/0 dans le premier cas et de 6,11 0 0 dans le second. Elle est par contre indiscutablement la méthode de choix pour l'enfant. Sur un total de 403 cas rassemblés par nous, nous trouvons une mortalité fœtale de 17,82 0/0 à l'étranger, et de 11,11 0/0 à Paris.

On pourrait donc répondre à cette question : le traitement du placenta prævia doit-il évoluer dans la voie chirurgicale ?

Si on ne regarde que la mère, non.

Si on veut améliorer les résultats pour l'enfant, oui.

En réalité, on ne peut se baser sur les statistiques quelles qu'elles soient pour tirer des conclusions sur la valeur exacte de l'une ou l'autre méthode, étant donné la grande variabilité des chiffres publiés, et surtout pour cette raison que les interventions chirurgicales sont par définition réservées aux cas les plus défavorables. Ce serait d'ailleurs une erreur capitale que de mettre en opposition ces deux procédés obstétrical et chirurgical, qui loin de s'opposer se complètent et ont chacun leurs indications.

Limitant par conséquent les interventions chirurgicales à des cas déterminés, nous dirons que celles-ci sont indiquées :

1^o COMME MÉTHODE DE CHOIX

a) Lorsque le diagnostic d'insertion centrale a été posé avant tout travail, ou lorsque le doigt introduit dans le col au début du travail trouve une insertion couvrante du placenta, les cotylédons recouvrant totalement l'orifice interne du col ;

b) Lorsque les hémorragies ayant tendance à se répéter, le col, par son manque d'élasticité et de dila-

tabilité, nous oblige à considérer comme hasardeuse ou dangereuse l'évolution de l'accouchement par voie basse avec ou sans le concours de manœuvres obstétricales;

c) En raison des risques qu'elle est susceptible de courir, vu l'état de son col, nous estimons qu'il y a lieu chez la primipare ayant présenté des signes non discutables d'insertion vicieuse de recourir systématiquement au procédé chirurgical;

d) Accessoirement, nous tiendrons compte, dans le choix du procédé à utiliser, de certains facteurs susceptibles d'apporter un obstacle à l'accouchement : obstacle siégeant au niveau du bassin, du col, des parties molles, mauvaise qualité du muscle utérin. De même, nous attacherons une importance à la parité, au nombre des enfants vivants, à l'âge de la parturiente et surtout au désir exprimé par la mère d'avoir un enfant vivant.

La méthode idéale serait l'intervention prophylactique avant tout début de travail, la femme à terme n'ayant pas saigné, l'enfant vivant. Nous savons malheureusement, combien d'une part il est impossible de poser le diagnostic d'insertion vicieuse avant l'hémorragie, combien d'autre part exceptionnels sont les cas où la femme n'a pas saigné à la fin de sa grossesse. C'est dire que tout en nous efforçant de pratiquer l'opération avant le travail, avant l'apparition des accidents graves, nous saurons en opérant garder cette notion que les cas traités sont sinon impurs, du moins douteux.

2° COMME PROCÉDÉ D'URGENCE

a) Devant la grande hémorragie du début du travail, d'emblée abondante, qui met de suite la vie de la mère en danger, quel que soit l'âge de la grossesse;

b) Devant la grande anémie par répétition des pertes de sang qui, avant ou au début du travail, compromet le succès d'une intervention obstétricale.

Dans ces deux cas, il y a indication formelle à vider rapidement l'utérus et à moins de col très souple ou très dilaté, seule la chirurgie peut résoudre le problème;

c) L'infection des voies génitales peut constituer elle aussi une indication d'urgence à l'opération chirurgicale, seule capable de sauver la mère avant que cette infection ne se soit étendue et n'ait dépassé les limites de l'utérus.

Chez les multipares à col souple, à part quelques cas exceptionnels, il y a intérêt à s'en tenir aux anciens procédés qui doivent donner les meilleurs résultats.

Des procédés parmi lesquels nous aurons à choisir
sur lequel nous arrêterons-nous ?

A. — *La césarienne supra-symphysaire.* — D'une façon générale, il nous semble que l'opération de choix en cas de proevia est la section segmentaire supra-symphysaire, quoique les difficultés de technique déjà notablement plus grandes que celles rencontrées au cours d'une césarienne haute corporéale peuvent encore être accrues du fait de l'insertion placentaire sur la face antérieure du segment inférieur. Tomber sur le placenta au cours de l'incision ne constitue pas néanmoins, comme nous avons pu nous en rendre compte, un très gros obstacle et une contre-indication. La section supra-symphysaire arrêtera notre attention parce qu'elle paraît être de beaucoup le procédé le plus sûr immédiatement et secondairement, non seulement parce qu'elle nous rend possible l'observation de l'aire placentaire et de la région qui saigne, mais encore parce

que moins choquante, et surtout parce qu'en mettant au repos la suture utérine, elle assure à celle-ci une bonne couverture péritonéale. *C'est elle que nous pratiquons dans l'immense majorité des cas, puisque nous savons combien il est difficile de faire rentrer dans la catégorie des cas purs les femmes qui saignent par insertion vicieuse.* C'est elle seule que nous emploierons dans les cas moyens, chez les femmes qui ont notablement saigné, qui ont été touchées et tamponnées sans pour cela présenter des signes cliniques d'infection. *Dès que ceux-ci apparaissent et à condition qu'ils soient légers, il est nécessaire de combiner à la césarienne le drainage à la Mikulicz.* Cette dernière conduite serait peut-être également plus prudente dans les cas douteux, où on a toute chance de penser à l'infection imminente sans que celle-ci ne se soit pourtant manifestée. Peut-être cette méthode, qui renferme d'incontestables avantages, permettra-t-elle un jour prochain d'améliorer les résultats de la césarienne dans les cas douteux trop grandement infectés.

Tous les cas ne sauraient pourtant pas être justiciables de cette opération et nous l'écartérons dans deux éventualités :

1^o Dans la grosse hémorragie ;

2^o Dans la grosse infection

a) L'hémorragie qu'on est en effet susceptible de rencontrer en incisant l'utérus au niveau de l'aire d'insertion placentaire au cours d'une césarienne segmentaire, hémorragie inévitable et qui peut être abondante, doit, dans le premier cas, faire rejeter la supra-symphysaire qui risque d'entraîner ce que l'on veut précisément éviter : une nouvelle et sérieuse spoliation sanguine. Nous recourrons donc dans ce cas à la césarienne corporéale et au besoin, si l'anémie est extrême, à .

l'hystérectomie et ceci d'autant mieux que l'on aura affaire à une multipare.

b) Dans le second cas, si l'infection est sérieuse, nous écarterons délibérément toute intervention conservatrice, seule l'hystérectomie ayant quelque chance de sauver la mère.

B. — *La césarienne corporéale.* — Acceptable dans les meilleurs des cas chez des femmes qui ont saigné depuis peu de temps et qui n'ont pas été touchées, elle a l'avantage d'être facile, rapide, et par l'extériorisation de l'utérus de réaliser une opération extra-abdominale. Intervention indiscutablement choquante, elle donne de bons résultats éloignés si la suture est faite avec soin. Mais elle devient dangereuse lorsque les cas apparaissent douteux et bien qu'elle soit encore, à l'heure présente, l'opération de beaucoup la plus employée, il nous paraît qu'elle ne garde ses indications que dans les cas les plus favorables.

C. — *La césarienne vaginale.* — Plus volontiers qu'on ne le fait habituellement, nous aurons recours à cette intervention moins choquante que la césarienne abdominale. La présentation engagée coexistant avec une insertion vicieuse peut en être une des indications. Elle est surtout défendable lorsque, avant terme, les accidents exigent l'évacuation de l'utérus, lorsque l'enfant est petit, lorsqu'on redoute une infection. Discutable si le placenta s'insère en avant, elle devient très indiquée quand celui-ci s'insère en arrière.

D. — *Les incisions du col.* — Indication rare se ramenant aux cas précédents.

E. — *L'hystérectomie.* — Elle sera toujours pratiquée avec la plus grande réserve, mais doit être consi-

dérée comme la seule intervention défendable dans les cas suivants :

1^o Certaines grosses hémorragies où la césarienne risque de ne pas donner une hémostase parfaite;

2^o Certaines infections graves avant que celles-ci n'aient dépassé l'utérus. La ligature des pédicules veineux au cours de l'intervention vient ici augmenter vis-à-vis de l'infection le résultat cherché avec l'ablation de l'utérus;

3^o Certaines altérations utérines liées à l'existence du placenta prævia ou coexistant avec lui.

L'hystérectomie sera suivant les cas primitive, et la laparatomie sera faite dans le but d'enlever l'utérus; ou secondaire, décidée seulement au cours d'une césarienne devant le caractère de certains accidents (adhérence anormale du placenta, altération du segment inférieur), ou devant la découverte de lésions pathologiques (fibromes par exemple). On aura recours à l'hystérectomie subtotalaire qu'il sera toujours prudent de compléter dans les cas infectés ou douteux par un drainage à la Mikulicz.

La méthode chirurgicale tient donc à l'heure présente une très grande place dans le traitement du placenta prævia. Pratiquée dans de bonnes conditions, dans un milieu approprié et chez des femmes surveillées, elle doit donner d'excellents résultats susceptibles d'être encore améliorés par certains modes opératoires. Elle ne saurait toutefois supplanter les procédés classiques qui gardent leurs avantages chez les multipares à cols souples. Sans s'opposer à ces procédés qu'elle vient heureusement compléter, *la méthode chirurgicale constitue d'ores et déjà un incontestable progrès sur les techniques d'autrefois.*

En s'attachant à faire le diagnostic précoce de l'insertion vicieuse d'une part, en s'efforçant d'appliquer

judicieusement les deux modes de traitement étudiés, il y a tout lieu d'espérer qu'on obtiendra bientôt les résultats les plus satisfaisants dans l'insertion basse du placenta.

Vu : le président de la thèse,
BRINDEAU

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

AUBERT (Genève). — Quelques indications de l'opération césarienne en dehors des bassins rétrécis (*Revue médicale de la Suisse romane*, 1917, p. 703.

— Discussion au Congrès, 1921.

AUDEBERT. — La cicatrice utérine après la césarienne. *Gyn. et obst.*, 1923, t. VII, p. 487.

AUDEBERT ET RASCOL. — Etude histologique de deux cicatrices post-césariennes. Société gyn. et obst. de Toulouse, mai 1923.

ARNOLD. — Zur behandlung der placenta prævia. *Gyn. Helvetica*, 1915, p. 94.

ARTONI DE SAINT-AGNÈSE. — Sulla cura della placenta prævia centrale. *Atti della Societa Italiana d'ostetrica et gyn.*, 1923, p. 547.

BAR. — Leçon de la clinique Tarnier. *Journal des praticiens*, mai 1909, n° 19.

— Traitement chirurgical des hémorragies de la grossesse, de l'accouchement et de la délivrance. Soc. obst. et gyn. de Paris, juillet 1912.

— Discussion au Congrès de Londres, 1913.

— Quelle place convient-il d'attribuer à l'opération césarienne haute parmi les observations obstétricales. *Archives mensuelles de gynécologie et d'obstétrique*, février 1919.

— Des indications des hystérotomies abdominales pendant le travail. Congrès des gynécologues de langue française, Paris, 1921.

- BRINDEAU. — Traitement du placenta prævia (In Bar. Brindeau, Chambrelent).
- Cas de césariennes vaginales. Société obst. de Paris, 1906-1907.
- Discussion au Congrès de Londres, 1921.
- Quelques réflexions à propos de la césarienne sus-pubienne. In *Gyn. et obst.*, 1923, t. VIII, p. 594.
- A propos d'un cas d'opération césarienne pour placenta prævia. *Communication à la Soc. de gyn. in Gyn. et obst.* 1921, t. IV, p. 58.
- BAISCH. — Les dangers de la cicatrice césarienne et manière de les prévenir. In *Gyn. et obst.*, 1922, t. IV, p. 286.
- Der Kaiserschnitt Beim Engen Becken. und bei placenta prævia auf Grund von 105 Fällen. *Württemberg und Korrespondenzblatt*, 1919.
- BACKER. — Etude de cicatrices de césariennes. *Journal of the american Assoc.*, 1917.
- BALLHORN (W.). — Zur placenta prævia therapie. *Archiv. für gynakologie*, mars 1925.
- BEUTTNER. — Discussion au Congrès de gyn., 1921.
- BLAKER. — The limitation of cesarean section. *The journal of obst. and gyn. of the B. Empire*. 1921, p. 447.
- BOCQUEL (Angers). — Hémorragies de la grossesse : Placenta prævia et césarienne. *Archives mensuelles obst. et gynécolog.*, 1918, p. 191.
- BOVIS (de). — Les hémorragies du « post partum du placenta prævia et leur hémostase. *Semaine médicale*, 1909, n° 8.
- Le traitement chirurgical du placenta prævia est-il justifié ? *Semaine médicale*, 1911, n° 36.
- BEUTTNER. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, juin 1920.
- BAYER (H.). — Der Isthmus uteri und du placenta isthmica Ein Beitrag zur Frage des Kaiserschmittes bei placenta prævia, *Beitrage zur geb. und gyn.*, 1909.

- BOUWER-SIETZE. — Thèse de 1923. Groningen. Keisersnete bei placenta prævia.
- BROUHA (Liège). — Faut-il réserver strictement l'opération césarienne aux cas purs. *Gyn. et obst.*, t. II, 1920. p. 386.
- A propos du traitement du placenta prævia par l'hystérotomie abdominale. *Geld*, 1922, p. 198.
- BUÉ. — L'hystérotomie et l'hystérectomie en obstétrique, 1903.
- CARUSO (F.). — Proposte relative al trattamento chirurgie della placenta prævia centrale. *Archivio de ostétrico et génico.*, 1900.
- Intorno alla questione della placenta prævia. *Rassegna obstetrica et gynecol.*, 1911.
- CHAMPETIER DE RIBES. — Le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. *Arch. gyn. et obst.*, 1911, p. 215.
- CATHALA. — Opération césarienne conservatrice pour insertion vicieuse du placenta. Société obst. et gyn., Paris, décembre 1913.
- CHEVAL (M.). — Deux cas de placenta prævia central. Société belge d'obst. et de gyn., février 1922.
- COUVELAIRE. — A propos du traitement chirurgical des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. *Arch. gyn. et obst.*, août 1911.
- Traitement chirurgical des hémorragies par décollement du placenta normalement et vicieusement inséré. Congrès international de Berlin, 1912.
- Remarques sur l'irrigation artérielle du segment inférieur de l'utérus. *Arch. gyn. et obst.*, août 1920.
- Avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne portant sur le corps de l'utérus. *Gyn. et obst.*, 1921, t. II, p. 226.

- Indications de l'opération césarienne conservatrice par voie abdominale en dehors des rétrécissements du bassin. *Gyn. et obst.* 1921, t. II, p. 358.
- Rapport au Congrès des gynécologues de la langue française, 1921.
- CLEISZ. — Deux cas de placenta prævia avec hémostase à la Simpson. Soc. obst. et gyn., Paris, décembre 1923.
- COIRINT (H.). — Le placenta prævia. Thèse de Strasbourg, 1920.
- COUINAUD. — Thèse de Paris, 1919.
- CRISTOPHE (M.). — Des ruptures spontanées de l'utérus dans le placenta prævia et leur traitement. Thèse de Lyon, 1910.
- CRESSY. — *British medical journal*, octobre 1919, p. 707.
- DEMELIN. — Le segment inférieur. Thèse de Paris, 1888.
- A propos de la théorie par laquelle Simpson explique l'hémorragie et l'hémostase dans le cas d'insertion vicieuse du placenta. *Revue Française de gyn. et d'obst.*, mai 1914.
- DEMELIN ET DEVRAIGNE. — Insertion vicieuse du placenta. *Manuel de l'accoucheur*.
- DEFLANDRE. — Du placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus. Thèse de Lille, 1911.
- DELMAS (P.). — Un cas de placenta prævia central. Soc. d'obstétriq. de Montpellier, juillet 1921.
- DE LEE. — Discussions au Congrès de Londres, 1913.
- DEPKEN. — Die Behandlung der Placenta prævia. *Zentralblatt für gyn.*, 1924, p. 298.
- DESCURE. — Thèse de Bordeaux, 1919-1920.
- DOLÉRIS. — Rapport au Congrès de Pétersbourg, 1910.
- De l'opération césarienne. *La gynécologie*, 1911, p. 81.
- DODERLEIN. — Traitement des hémorragies de l'aire placentaire, liées au placenta prævia. XVII^e Congrès international de Médecine, Londres, 1913.

- DADLEY. — The Modern cesarean section an ideal methode of treatment for placenta prævia. *New-York medical journal*, 1900.
- DUCAROS. — Opération césarienne pour placenta prævia central. Soc. d'obstétrique de Paris, juillet 1923.
- EARDLEY-HOLLAND. — The results of a collective investigation into cesarean section performed in Greainto Britain and Ireland from the year 1911-1920 inclusive. *The journal of obstet. and gyn. of the British Empire*, 1921, p. 358, volume 28.
- Methods of performing cesarean section. *The journal of obst. and gyn. of the British Empire*, 1921, p. 349, volume 28.
- ESSEN-MOLLER. — Sur les résultats et les indications de la section césarienne abdominale. *Gyn. et obst.*, 1920, t. I, p. 157.
- EPARNIR ET CHARLEUX. — Rupture utérine au cours d'un placenta prævia central. Réunion obstétricale de Lyon, février 1924.
- FRAIPONT (F.). — De l'opération césarienne dans le placenta prævia. *Revue mensuelle de gyn., d'obst. et de pédiatrie*, septembre 1910.
- FAURE (G.). — Contribution à l'étude des indications de la césarienne dans le placenta prævia. Thèse de Paris, 1920.
- GALL. — Il taglio cesareo-abdominale. Bologne, 1922.
- GAUFORE ET BERTHOU. — Sur un cas de placenta central. *Bulletin de la Soc. d'obstétrique et de gyn. de Paris*, 1921, p. 811.
- GROSSE. — Opération césarienne conservatrice exécutée tardivement après rupture des membranes. *Revue mensuelle de gyn. et de pédiatrie*, 1912, p. 232.
- Traitement chirurgical des hémorragies par placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus. *Revue française de gyn. et d'obst.*, août 1920.

- Trois accouchements spontanés après opération césarienne chez la même femme. *Gyn. et obst.*, 1920, t. II, p. 82.
- GUENIOT. — A propos de l'opération césarienne dans le placenta prævia. *Gyn. et obst.*, 1920, t. I, p. 464.
- GUILLET. — L'opération césarienne d'urgence. Thèse de Paris.
- GUZZONI. — Discussion au Congrès de Londres, 1913.
- HAUCH. — *Monatschrift fur geburst und gyn.*, mai 1910, p. 555.
- Hystérotomies abdominales pendant le travail. Congrès des gynécologues de la langue française, 1921.
- HEINLEIN. — Therapie der placenta prævia. *Zentralblatt fur gyn.*, février 1922.
- HEUROTAY (Anvers). — Des indications des hystérotomies abdominales pendant le travail en dehors des angusties pelviennes. *Gyn. et obst.*, 1921.
- HAIR-PETIT (L.). — Placenta prævia central. Opération césarienne. Mère et enfants vivants. Société d'obstétrique de Paris, mai 1924.
- HITSCHMANN. — Die therapie der placenta prævia. Berlin, 1921.
- HOFMEIER. — Therapie der placenta prævia. *Monatschrift fur geburs shillf und gyn.*, octobre 1922.
- HOUEL ET BONNET (G.). — Sur un cas de placenta prævia total. Société d'obstétrique et de gynécologie d'Alger, février 1922.
- JEANNIN (C.). — L'opération césarienne supra-symphysaire. *L'obstétrique*, août 1909.
- Traitement de l'insertion vicieuse du placenta. *Paris médical*, mars 1912, p. 406.
- De la place que l'on tend, à présent, à donner à l'opération césarienne vaginale parmi les méthodes d'évacuation rapide de l'utérus. *Presse médicale*, décembre 1910.

- Les nouvelles méthodes d'opération césarienne permettent-elles d'étendre les indications de cette intervention ?
Presse médicale, 1910, n° 6.
- KLEIN (E.). — Placenta prævia central. Césarienne conservatrice. Société d'obstétrique et de gynécologie de Lille, février 1924.
- KOWER. — La section césarienne classique et la césarienne supra-symphysaire extra-péritonéale. *L'obstétrique*, 1911.
- KROENIG. — Zer Behandlung der placenta prævia. *Zentralblatt für gyn.*, 1908, n° 46.
- LABUSQUIÈRE. — Le placenta prævia et son traitement. *Revue générale gyn. et obst.*, 1910.
- LAFFONT. — A propos d'un cas de placenta prævia central. Société d'obstétrique et de gynécologie d'Alger, décembre 1922.
- LAURENTIE. — Société obst. et gyn. de Toulouse, juin 1920.
- LAURO. — Indicazioni, modo de azione e tecnica dello zaffo vaginale ed utero vaginale. *Archivio d'obst. et gyn.*, 1899, p. 359.
- LAWSON-TAIT. — *British medical journal*.
- LE LORIER. — L'opération césarienne conservatrice après rupture des membranes. *L'obstétrique*, 1911, p. 893.
- LECLÈRE. — L'hystérotomie vaginale antérieure. Thèse Paris, 1912.
- LEQUEUX. — A propos de deux cas de placenta prævia traités par la césarienne. *Gyn. et obst.*, 1920, t. I, p. 303.
- Hystérotomie abdominale pendant le travail. Congrès de 1921.
- Existe-t-il un traitement chirurgical du placenta prævia ?
Cours de la Clinique Tarnier, janvier 1924.
- LEPAGE. — Traitement du placenta prævia. Discussion au Congrès de Berlin, 1912.

- MAGALHAES. — Technique et indications à l'opération césarienne. *Gyn. et obst.*, 1922, t. V, p. 345.
- MARIOTON. — De l'avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne conservatrice. Thèse de Paris, 1911.
- MAHIEU ET ADRET. — Placenta prævia. Césarienne. Guérison. Société d'obstétrique de Nancy, janvier 1924.
- MAYER. — Sind die Hitschmann ochen Einwande gegen die Behandlung der placenta prævia mit Uterusschnitt beregseteg? Vortrag auf der Tagung der Oberrheim. *Ges. fur Geb. und Gyn.*, 1922.
- Thérapie der placenta prævia. *Zentralblatt et gyn.*, avril 1922.
- MAYER WIRTZ. — Die Behandlung der placenta prævia. *Correspond. für Schov. Aerzte*, 1907, n° 8.
- MARTIUS. — *Klin. Wochenschrift*, 1924, n° 13.
- MIKULIECZ-RADECKI. — Zur prognose und therapie der placenta prævia gleichgeteg ein Bericht uber 168 Falle von placenta prævia. *Archiv. fur gynakologie*. Décembre 1924.
- MONTIBERT. — La version de Braxton-Hicks à la clinique obstétricale de Lyon dans le traitement du placenta prævia, 1905-1917. Thèse de Lyon, 1917.
- MORISSON-LACOMBE. — Avenir obstétrical des femmes ayant subi la section césarienne portant sur le corps de l'utérus. Thèse de Paris, 1921.
- MOUCHOTTE. — Doit-on recourir à la césarienne pour toutes les insertions vicieuses du placenta? *Arch. gyn. et obst.*, 1910.
- MUNRO-KERR (S.-M.). — Indication of Cesarean section. *The journal of obstetr. and gyn. of the British Empire*, 1921, volume 28, p. 338.
- NAGEL. — Discussion Congrès de Londres, 1913.

- NOVACK. — Bedeutet der Kaiserschmitt einen Fortschritt in der Therapie placenta prævia. *M. für g. und g.*, 1909.
- NEWELL. — *The american journal of obstetric.*, juin 1909.
- PARACHE. — Opération césarienne pour placenta prævia et éclampsie. *Revue mensuelle de gyn. et obstét. Pédiatrie*, 1911.
- PAUCOT. — Césarienne pour placenta prævia. *Bulletin gyn. et obst. Paris*, 1921, p. 408.
- POTOKI. — Communication à la Société d'obstétrique, octobre 1918.
- PANKOW. — Base anatomique du traitement du placenta prævia. Congrès de Berlin 1912. *Archiv. mensuelle gyn. et obstét.*, 1912, p. 250.
- PARATRÈ. — *Revue mensuelle gyn., obs'ètrique et pédiatrie*, 1912, p. 417.
- PAUCOT. — Césarienne abdominale pour insertion vicieuse du placenta. Société obstétricale de Lille, juin 1921.
— Discussion au Congrès de 1921.
- PORENTA (DE). — *Atti Societ. Ital. de ostét. et gin.*, vol. XXI, 1922.
- RATHELOT ET VAYSSIÈRE. — Placenta prævia et hysterotomie. Réunion obstétricale de Montpellier, février 1924.
- RECASSENS. — *Anales de la Academia de obstetrica, gynecologia y pediatria*. Madrid, 1908.
— Discussion au Congrès de Londres, 1913.
- REYMOND ET CAZALES. — Hémorragies graves par placenta prævia. Hystérectomie sans ouverture préalable de l'utérus. Enfant vivant. Guérison de la mère. *Soc. obst., gyn. et pédiatrie*. Paris, 1911, février.
- BHENTER. — Un cas de placenta prævia central. *Soc. obst. de Lyon*, mai 1920.

- RIBEMONT-DESSAIGNES ET LE LORIER. — Opération césarienne au cours du travail chez une primipare présentant une hémorragie par insertion vicieuse du placenta. *Ann. gyn. et obst.*, 1911, p. 213.
- RIVIÈRE. — Société obst. et gyn. de Bordeaux, 1923.
- ROUVÉ (M.). — A propos du traitement du placenta prævia. Société obstétricale de Strasbourg, novembre 1921.
- SAVULESCU. — Consideration supra trattament chirurgical placenta prævia. *Revista obst. gyn. Bucarest*, janvier 1924.
- SCHICKELÉ (Strasbourg). — Des interventions obst. chirurgicales pendant l'accouchement. *Gyn. et obst.*, t. I, 1920, p. 19.
- SCHOKAERT. — Opération césarienne pour placenta prævia chez une primipare. *Gyn. et obst.*, AXBB, t. V, p. 392.
- Un cas de placenta prævia traité par la césarienne. Société belge de gyn. et obst., janvier 1922.
- SCHÖENHOLZ (Düsserldorf). — Zur therapie der placenta prævia. *Monatschrift für geburshille un gynäkologie*, mai 1924.
- SCHULTE (J.). — Die stellung der kaiserschmitts in der Behandlung der placenta prævia. *Zentralblatt für gynäkologie*, mai 1924.
- SELHEIM. — Die gefahren der naturlichen geburst besbebrigen bei placenta prævia. *Zentralblatt für gynökologie*, 1908, n° 40.
- SEGWART. — *Zentralblatt gynäkologie*, juillet 1910.
- STIN. — Placenta prævia et césarienne vaginale. *Journal med. associat.*, 1909.
- STÖCKEL. — Therapie der placenta prævia. *Monatschrift für gynökologie*, janvier 1922.
- Zur therapie der placenta prævia. *Monatschrift für gund g.*, 1923.
- THÉLIN (Ch.). — Le traitement du placenta prævia. *Revue méd. de la Suisse Romande*, février 1921.

- THIES. — Zur Behandlung der placenta prævia. *Zentralblatt für gynokologie*, février 1912.
- TRESSIDER. — Placenta prævia and cesarean section. *The Lancet.*, octobre 1916.
- TRILLAT. — Traitement des hémorragies graves du placenta prævia par les méthodes obstétricales. Quatre cas traités avec succès pour mère et enfant. Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon, mars 1924.
- VANVERTS. — Deuxième césarienne pour placenta prævia chez la même femme. Société d'obstétrique et gynécologie de Lille, février 1924.
- Deux cas de césarienne pour placenta prævia. *Revue mensuelle de gyn., d'obst. et pédiatrie*, 1919, p. 387.
- VANVERTS ET PAUCOT. — Opération césarienne et placenta prævia. Réunion obstétricale de Lille, 12 juillet 1919.
- VAN ROOY (Amsterdam). — Discussion au Congrès de Paris, 1921.
- VAURON. — Rupture du segment inférieur après Braxton-Hicks dans le placenta prævia. Réunion obst. de Lyon, 1909.
- Un cas de déchirure du segment inférieur sans intervention. Réunion obst. de Lyon, 1909.
- VEIT. — Discussion au Congrès de Londres, 1913.
- WALINSKY. — Rupture de la matrice pendant l'accouchement sept ans après l'opération césarienne. *Gyn. et obst.*, t. VIII, p. 596.
- WALTHARD (Pr) (Zurich). — Zur anatomie et ätiologie der placenta isthmica primara. *Archiv. für gynäkologie*, 1923, Baud 118.
- WHITEHOUSE-BECKWITH. — Cesarean section in the treatment of placenta prævia. *The journal of obst. and gyn. of the British Empire*, 1921, p. 469.

